

ФГБОУ ВО «Уральский государственный
педагогический университет»
ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н. Ельцина»

**И. А. Филатова, А. П. Маршалкин,
М. М. Ицкович, Е. В. Хлыстова**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ИЗУЧЕНИЮ
ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Екатеринбург, 2017

УДК 616(075)
ББК Ю972
М54

*Печатается по заказу Министерства здравоохранения
Свердловской области*

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

С. В. Татарева, кандидат медицинских наук,
начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям
Министерства здравоохранения Свердловской области;

Ю. А. Токарева, доктор психологических наук,
профессор кафедры управления персоналом и психологии УрФУ
г. Екатеринбург;

А. А. Прокопьев, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии
УрГМУ г. Екатеринбург.

М54 Методические рекомендации по медико-психологическому изуче-
нию детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях ока-
зания амбулаторно-поликлинической помощи / И. А. Филатова,
А. П. Маршалкин, М. М. Ицкович, Е. В. Хлыстова. – Екатеринбург :
Издательский Дом "Ажур", 2017. – 146 с.
ISBN 978-5-91256-375-1

В пособии изложены нормативно-правовые и методологические
основы работы психолога в системе здравоохранения при организации
клинико-психологического сопровождения детей и подростков с огра-
ниченными возможностями здоровья. Представлен практико-ориенти-
рованный материал, отражающий специфику работы при реализации
диагностических и коррекционных задач. В приложении содержатся
таблицы с описанием возрастных норм развития, которые опираются на
современные психологические исследования, описание маркеров па-
топсихологических синдромов, нейропсихологических методов коррек-
ции, примерные авторские образцы документации.

Методические рекомендации предназначены для медицинских
психологов – практиков, осуществляющих психологическое сопровож-
дение детей с ограниченными возможностями здоровья, а также всем
тем, кто интересуется проблемами детской клинической и специальной
психологии.

УДК 616(075)
ББК Ю972

ISBN 978-5-91256-375-1

© ФГБОУ ВО УрГПУ, 2017.
© ФГАОУ ВО УрФУ, 2017.
© Филатова И. А., Маршалкин А. П.,
Ицкович М. М., Хлыстова Е. В., 2017.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Правовые и методические принципы организации психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в условиях детской амбулаторной соматической клиники	6
1.1. Нормативные основы работы клинического психолога в условиях амбулаторной соматической клиники.....	6
1.2. Психосоматические расстройства у детей	7
1.3. Внутренняя картина болезни.....	16
1.4. Психический дизонтогенез.....	22
2. Клинико-психологическая диагностика в условиях амбулаторной соматической клиники	27
2.1. Организация клинико-психологического обследования детей и подростков в условиях амбулаторной соматической клиники	27
2.2. Характеристика методов клинико-психологического обследования	33
2.3. Структура заключений клинико-психологического обследования	37
3. Организация коррекционной и психотерапевтической работы в условиях амбулаторной соматической клиники.....	51
3.1. Работа с внутренней картиной болезни и преодоление медицинского стресса у детей.....	51
3.2. Преодоление психологических факторов соматических заболеваний у детей и подростков.....	61
3.3. Рекомендации к проведению психокоррекционной и психотерапевтической работы с ближайшим окружением ребенка	66
Литература	79
Приложения	82

Введение

Функции психолога в системе здравоохранения очень широки и значимы. Помочь пациенту пережить постановку тяжелого диагноза, приспособиться к новому образу жизни, которого требует заболевание, сформировать адекватную самооценку в новом для человека качестве больного или инвалида, укрепить веру в себя и свои возможности в преодолении болезни – вот неполный перечень задач, которые стоят перед психологом, работающим в соматических стационарных и амбулаторных клиниках.

Согласно приказу Министерства Здравоохранения от 23 июля 2010 г. № 541 в должностные обязанности клинического психолога в сфере здравоохранения входят следующие направления: восстановление психического здоровья и коррекция отклонений в развитии личности пациентов; выявление условий, препятствующих или затрудняющие гармоничное развитие личности пациента; проведение психодиагностических исследований и длительных диагностических наблюдений за пациентами; разработка совместно с лечащим врачом развивающих и психокоррекционных программ с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов пациентов и др.

Однако в детской амбулаторной клинике соматического профиля задачи клинического психолога сужаются и конкретизируются, что связано с тремя специфическими условиями этой профессиональной деятельности:

во-первых, это медицинское учреждение занимается соматическим здоровьем, поэтому психолог решает преимущественно задачи, связанные с предупреждением отклонения в личности под влиянием заболевания и выявление психогенной этиологии соматических симптомов;

во-вторых, клиентом является ребенок – незрелый индивид, который находится в психологической зависимости от взрослых. Психологу для достижения эффекта необходимо воздействовать одновременно и на ребенка и на его близких. Часто именно взаимодействие с родителями является единственной возможностью решить обнаруженную проблему;

в-третьих, условия поликлиники предполагают отсутствие постоянного контингента, поэтому психологическая помощь должна носить краткосрочный, в то же время комплексный характер. Отсюда особые требования к диагностическому и коррекционному материалу. Большое значение имеет ограничение зон профессионального влияния. Поэтому клинический психолог должен быть во взаимодействии с более узкими профильными специалистами для перенаправления клиента.

Учитывая вышесказанное, к задачам клинического психолога, работающего в соматической амбулаторной клинике, могут быть отнесены следующие:

1. Психологическое сопровождение детей на разных этапах лечения с целью подготовки к различным медицинским процедурам, помощь в преодолении страха, агрессии, раздражительности, связанных с течением соматического заболевания.

2. Предупреждение формирования деструктивной внутренней картины болезни, формирование необходимых знаний о болезни, о здоровом образе жизни, о закономерностях работы организма.

3. Определение психологической базы соматических заболеваний и проведение консультативной деятельности с ближайшим окружением ребенка.

4. Выявление проблем, требующих вмешательства специалистов более узкого профиля (дефектолога, психиатра и др.)

5. Оказание психологической поддержки медицинскому персоналу, испытывающему негативные стрессы, психическую напряженность.

В пособии представлен материал, который может быть полезен клиническому психологу при организации своей профессиональной деятельности в детской соматической амбулаторной клинике.

Правовые и методические принципы организации психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в условиях детской амбулаторной соматической клиники

1.1. Нормативные основы работы клинического психолога в условиях амбулаторной соматической клиники

Таблица 1

Нормативные основы работы клинического (медицинского) психолога в системе здравоохранения

Нормативные акты	Сферы нормативного регулирования
Приказ Минздрава РФ от 5 мая 1999 г. N 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» Инструкция об организации работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения (утв. приказом Минздрава РФ 5 мая 1999 г. N 154)	Регламентирует процесс оказания психологической помощи детям подросткового возраста в условиях кабинета медико-социальной помощи детям в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения
Приказ Минздравмедпрома РФ от 4 сентября 1995 г. N 255 «Об аттестации на квалификационные категории психологов, работающих в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»	Регламентирует порядок проведения аттестационных испытаний клинического психолога в условиях работы в системе здравоохранения
Приказ МЗ от 13 февраля 1995 года № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь»	Регламентируется нагрузка и продолжительность рабочего времени клинического психолога
Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 № 1664	Представлена номенклатура психологических услуг в системе здравоохранения
Квалификационные характеристики специалиста «Клинического психолога» Приказ МЗ от 23 июля 2010 г. № 541н	Регламентирует должностные обязанности клинического психолога в

«Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»	системе здравоохранения
Приложение № 5 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н	Регламентация профессиональной деятельности клинического психолога в многопрофильных стационарах и амбулаторно-поликлинической сети
Этический кодекс психолога (принят «14» февраля 2012 года V съездом Российского психологического общества)	Регламентирует принципы профессиональной деятельности психолога, служит для внутренней регуляции деятельности сообщества психологов, регуляции отношения психолога с обществом

1.2. Психосоматические расстройства у детей

При медицинском обследовании ребенка есть большая вероятность столкнуться с проявлением психосоматических расстройств (психосоматики). То есть причина страдания организма и сбоя в его работе порой находится в психологическом поле. Чаще всего такие расстройства представляют собой затяжные хронические заболевания неясной этиологии, которые плохо поддаются медикаментозному лечению, а начало заболевания связано с изменением психосоциальной ситуации ребенка (изменение в семье, начало школьного обучения, стресс и др.).

Задача клинического психолога вовремя определить вероятность психосоматической природы заболевания, обозначить комплекс мероприятий нацеленных на преодоление этих расстройств, рекомендовать специалистов узкого профиля для оказания комплексной помощи (психолог, психотерапевт, психиатр).

Важную роль в процессе диагностирования психосоматики выполняет анализ факторов риска, к которым относятся генетические, биологические, психологические и социальные.

Генетические факторы представляют собой предрасположенность к расстройствам психотического или непсихотического характера (наличие таких заболеваний у родственников), а также наличие у родственников соматических заболеваний, попадающих в класс психосоматических расстройств (см. ниже).

1. Биологические – патология беременности и родов, травмы и операции, которые перенес ребенок, резидуальные явления.

2. К психологическим факторам относят провоцирующие личностные качества, присущие детям и (или) их родителям. К таким качествам относят истероидность, высокую тревожность, алекситимию, стремление избегать кризисных ситуаций.

3. К социальным относят ошибки воспитания, гипер- или гипоопеку, противоречивые требования к ребенку, семейные утраты, изменение стереотипа общения, школьную дезадаптацию, стрессы.

Психосоматические расстройства подразделяются на группы (см. рис. 1).

I. Конверсионные симптомы. Человек бессознательно начинает демонстрировать болезненные симптомы, которых объективно нет.

Это часто наблюдается тогда, когда невротический конфликт получает вторичный соматический ответ в виде демонстрации симптомов как попытки решения социального конфликта. Конверсионные проявления затрагивают произвольную моторику и органы чувств.

Конверсионные симптомы разделяют на двигательные (парезы, параличи, припадки, нарушения походки), сенсорные (нарушение вкусовых ощущений, глухота, изменение порогов чувствительности), вегетативные нарушения. В последнем случае расстройство может «маскироваться» под практически любое соматическое заболевание.

У детей конверсионные симптомы определяются по следующим признакам:

1. Симптом предполагает вторичную выгоду для ребенка (получение внимания или возможность избегания трудностей).

2. Отдельные симптомы (чаще двигательные) возникают или усиливаются только в присутствии некоторых людей, и могут внезапно под влиянием какого-то раздражителя исчезнуть. Чаще этот раздражитель представляет собой громкий звук или появление какого-то человека.

3. Конверсионные симптомы могут сопровождаться провалами в памяти, непсихотическими иллюзиями и безобидными фантазиями.



Рис.1. Классификация психосоматических расстройств

4. Часто ребенок (подросток), демонстрирующий эти симптомы, отличается театральным поведением, высокой эмоциональностью, демонстративностью.

5. Психологическая диагностика выявляет у детей, склонных к конверсионным симптомам, высокий уровень тревожности, внутреннего напряжения.

Рекомендации к диагностике конверсионных симптомов у детей и подростков.

1. Предположение о данных расстройствах можно выдвигать лишь тогда, когда причина органического заболевания даже после многочисленных медицинских исследований не обнаруживается.

2. Для выявления психогенной этиологии расстройства необходимо длительное наблюдение и изучение факторов риска, которые можно обнаружить в ходе беседы с родителями и ребёнком.

3. Нельзя говорить пациенту и его родителям о том, что симптомы вымышленные.

Содержание работы клинического психолога по преодолению конверсионных симптомов у детей и подростков

На первом этапе психологического воздействия важно дифференцировать и по возможности устранить психотравмирующую ситуацию. Важная роль принадлежит работе с семьей, изучение общей адаптивности ребенка.

На втором этапе хороший эффект дают арттерапевтические методы, способствующие повышению уровня контактности ребенка со своими эмоциями, и снижение внутриличностного напряжения.

На третьем этапе предполагается длительная психотерапевтическая работа с детьми и родителями, основанная на когнитивном и психоаналитическом подходах. Рациональным является подключение к коррекционной работе других специалистов, перенаправление ребенка в центры социально-психологической помощи. Коррекция личностных качеств, которые приводят к конверсионным расстройствам, происходит в течение не менее 1,5 – 2 лет.

II. Функциональные синдромы (также их называют органамими неврозами, системными неврозами) Заболевания, при которых пациенты жалуются на неприятные ощущения в области сердца, ощущение затруднения при глотании, ощущение нехватки воздуха, нарушение ритма мочеиспускания и дефекации. При этом обследования не выявляют дефектов органов и тканей организма.

Все это сопровождается внутренним беспокойством, депрессивными проявлениями, симптомами страха, нарушением сна, снижением сосредоточенности и психическим утомлением.

Наиболее распространенными расстройствами этой группы в детском возрасте являются нарушения сна, нарушение ритма мочеиспускания и дефекации.

В справочном издании DSM-IV-TR начальные формы расстройств сна делятся на две основных категории: диссомнии и парасомнии (APA, 2000).

Диссомнии— категория расстройств сна, связанных с засыпанием или внезапными пробуждениями. Подобные расстройства часто характеризуются недосыпанием, бессонницей и чувством разбитости после сна.

При *парасомниях*, наоборот, поведенческие и физиологические «события» происходят во время сна.

В таблицах представлены описания нарушений сна (по Э. Мэшу, Д. Вольфу, 2002 г.)

Таблица 2

Диссомнии у детей и подростков

Расстройство сна	Описание	Распространение и возраст	Лечение
Протодиссомния	Трудность засыпания или удержания сна; сон не восстанавливает силы; у детей неоднократные пробуждения ночью и трудность засыпания	25-50% детей от 1 года до 3-х лет	Поведенческое лечение, руководящая роль семьи
Гиперсомния	Жалобы на повышенную сонливость, что проявляется или в продолжительном ночном сне или в эпизодах дневного сна	Распространена у маленьких детей	Поведенческое лечение, руководящая роль семьи
Нарколепсия	Непреодолимые приступы освежающего сна днем, сопровождаемые краткими моментами снижения мышечного тонуса	Более 1% детей и подростков	Устройство, поддержка, психостимуляторы, антидепрессанты
Расстройство сна, связанные с дыханием	Нарушения сна, которые приводят к повышенной сонливости, или инсомнии, которые вызываются связанными со сном трудностями дыхания	1-2% детей дошкольного и младшего школьного возраста	Удаление миндалин и аденоидов

Расстройство циркадного ритма сна	Продолжающиеся или возникающие время от времени нарушения сна, которые приводят к повышенной сонливости или бессоннице из-за несоответствия режима сна и пробуждения, который требуется по обстоятельствам, и внутренним циклом сна индивида (циркадный ритм): поздний отход ко сну (после полуночи), трудность пробуждения по утрам, отсыпание по выходным, сопротивляемость к перемене режима	Точно неизвестно, примерно 7% подростков	Поведенческое лечение, хроно-терапия
-----------------------------------	---	--	--------------------------------------

Таблица 3

Парасомнии у детей и подростков

Расстройство сна	Описание	Распространение и возраст	Лечение
Парасомнии фазы сна с быстрым движением глаз			
Ночные кошмары	Многочратные пробуждения с детализированным воспоминанием длительных и чрезвычайно пугающих снов, обычно с угрозой жизни, безопасности и самоуважению	Обычно в возрасте от 3-х до 6-ти лет	Обеспечение покоя, снижение стресса
Парасомнии, связанные с возбуждением			
Ночные страхи	Многочратные внезапные пробуждения, обычно во время первой трети основного цикла сна, начинающиеся с панического крика; возбуждение вегетативной нервной системы, сердцебиение, потливость, потеря голоса, остекленевший взгляд, трудность проснуться, безутешность, дезориентация, отсутствие воспо-	3% детей в возрасте от 18 месяцев до 6-ти лет	Снижение стресса и усталости, дополнительный поздний дневной сон

	минания о сновидениях утром		
Хождение во сне	Многочисленные вставания с постели по ночам и хождение по помещению от 5 секунд до 30 минут, обычно во время первой трети основного цикла сна; плохая координация, трудность проснуться, дезориентация; по утрам нет воспоминаний	15% детей испытывают один приступ; 1-6% от 1 до 4 приступов в неделю; возраст 4-12 лет, редко случается в подростковом возрасте	Обеспечение безопасности, снижение стресса и усталости, дополнительный поздний дневной сон

Таблица 4

Сравнение ночных страхов и ночных кошмаров

	Ночные страхи	Ночные кошмары
Время ночи	Рано, обычно в течение 4-х часов сна	Поздно
Состояние при пробуждении	Дезориентирован, смущен	Расстроен, напуган
Реакция на родителей	Не осознают их присутствия, не поддаются утешению	Успокаиваются
Воспоминания о произошедших событиях	Никаких, возможны при полном пробуждении	Яркое воспоминание о сновидениях
Возврат ко сну	Обычно быстро, несмотря на полное пробуждение	Возврат ко сну часто откладывается из-за страха
Стадия сна	Частичное пробуждение при глубоком сне с медленными движениями глаз	Сон с быстрыми движениями глаз

Содержание работы клинического психолога по преодолению нарушений сна у детей и подростков

Нарушение сна у младенцев и маленьких детей часто исчезают сами по себе, но некоторым родителям, которые каждую ночь просыпаются из-за крика ребенка, кажется, что это ожидание будет вечным. Если процесс засыпания и удержания сна становится проблемой, то цель поведенческого вмешательства — научить родителей внимательно относиться к нуждам детей, уметь успокоить и убедить ребенка в нереальности произошедшего, но при этом с каждым разом все быст-

рее исчезать из комнаты, пожелав ребенку спокойной ночи (это пример угасания, так как родители стараются не показывать своего внимания).

Большое значение имеет гигиена сна, которая должна соответствовать стадии развития ребенка и культурным ценностям семьи. Рекомендуется использовать жетонный метод в виде поощрения и награды ребенка, если он старается соблюдать режим сна.

Нарушение ритма мочеиспускания у детей и подростков (Энурез) по классификации DSM-IV-TR, различается три подтипа энуреза (APA, 2000). *Ночной энурез* — наиболее распространен, при нем мочеиспускание случается только во время ночного сна, обычно в первую треть ночи. Иногда ребенок видит во сне, что он пользуется туалетом, что указывает на то, что мочеиспускание случилось во время быстрой фазы сна.

Дневной энурез определяется выделением мочи во время бодрствования, чаще всего в первую половину учебного дня. Дневной энурез более распространен у девочек, чем у мальчиков, и не встречается после 9 лет. Предполагаемые причины проявления дневного энуреза — нежелание пользоваться туалетом из-за социальной тревожности или из-за увлеченности школьными делами.

Смешанный энурез – расстройство, когда неконтролируемое мочеиспускание наблюдается как в ночное, так и в дневной время (во время бодрствования).

Содержание работы клинического психолога по преодолению нарушения ритма мочеиспускания у детей и подростков

Наиболее успешными, как подчеркивают зарубежные и отечественные специалисты, являются две формы вмешательства:

1. обучающие поведенческие методы, в которых используются или сигнальный звонок (классическое обусловливание);
2. подкрепляющие обстоятельства (оперантное обусловливание), чтобы научить контролю за мочевым пузырем,

Психологические технологии дают хороший эффект при сочетании с фармакологическими мероприятиями. Так, в последнее время получил широкое распространение аэрозольный препарат для носа, который повышает наличие антидиуретического гормона ночью.

Стандартное поведенческое вмешательство, основанное на классических принципах обусловливания, заключается в использовании будильника, который звенит при первом обнаружении мочи. Авторами будильников при энурезе являются О. Н. Mowrer и W. M. Mowrer (1938), которые первыми изобрели «звонок и проклад-

ку» (работающее на батарейках устройство, которое издает громкий звук, как только влага замыкает электрическую цепь).

Современные сигнальные будильники включают сенсор влажности, который пристегивается к пижаме ребенка, и небольшой датчик сигнала, закрепляемый на плече, чтобы его разбудить. Метод дает эффект через 4-12 недель после начала его применения.

Недостатки метода:

1. Громкий сигнал вызывает беспокойство у других домочадцев.
2. Некоторые дети во сне не слышат даже достаточно громкий сигнал.

Другой поведенческий метод основан на принципах оперантного обусловливания. В зарубежной практике получил название тренинга «сухая кровать». Он заключается в том, чтобы в течение дня давать ребенку много пить, а мочеиспускание затягивать как можно дольше. Такие тренировки помогают ребенку получить полезный опыт контроля, который поощряется родителями. Тренировка включает также ночные «мероприятия» – ребенка будят по часам, чтобы проводить в туалет, обязательно моют при нечаянном мочеиспускании (смена постельного белья и пижамы) и поощряют при удержании мочи.

Методика применяется в течение 1-2 недель.

III. Психосоматозы

Психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, сопровождающаяся изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Исторически к этой группе относят классические психосоматические заболевания («святая семерка») – бронхиальную астму, язвенный колит, эссенциальную гипертензию, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 5

Содержание работы клинического психолога по преодолению психосоматозов у детей

Заболевание	Психологическая причина	Содержание психологической помощи
Астма	Неблагоприятная семейная обстановка, особенности личности больных, трудности приспособления к дет-	Выявление события, которое предшествовало началу заболевания Изучение семейной обстанов-

	скому коллективу	ки (анкеты, собеседование). Арттерапевтические методы работы с агрессией и страхом
Кожные заболевания	Часто возникает как реакция на школьные трудности. Получение вторичной выгоды	Изучение детско-родительских отношений, повышение адаптационных возможностей ребенка, формирование навыков общения со сверстниками
Болезни желудка и кишечника	Страх перед оценочной ситуацией (например, в школе), чрезмерно директивный стиль воспитания в семье, ребенок не справляется с требованиями родителей, психастенический тип акцентуации характера	Коррекция требований к ребенку со стороны значимых близких, повышение энергетики ребенка (анималотерапия), помощь в отреагировании злости (катарсические методы)
Артериальная гипертония	Преобладание эмоционально-лабильного и истероидного типа акцентуации. Потребность во внимании, чрезмерная впечатлительность ребенка	Коррекция самооценки, личностные тренинги, занятие в театральной студии
Диабет 1 типа	Проблема с самоконтролем, частые конфликты в семье, неадекватное отношение к ребенку в семье, депрессия и озлобленность у ребенка. Возможно обострение к подростковому возрасту в результате полового созревания	Работа с личностными защитами, личностный тренинг. Оптимизация отношений в семье. Формирование у ребенка коммуникативных навыков
Подростковый ревматоидный артрит	Проблема, связанная с ограничением социальной активности. Депрессия, тревога, стресс в семье может усугубить течение заболевания	Снижение тревожности, работа с депрессией (когнитивными и, возможно, медикаментозными средствами). Обучение подростков антистрессовым технологиям

1.3. Внутренняя картина болезни

Одной из задач клинического психолога в детской соматической поликлинике является предупреждение негативного влияния соматического заболевания на незрелую психику. В детском возрасте

болезнь становится условием развития личности, повышается риск формирования деструктивных черт характера, которые в будущем существенно осложняют жизнь человеку В. А. (Еренков, 1976; А. А. Яковлева, 1977; Н. Д. Игнатьева и др., 1978).

Одним из первых исследований, посвященных внутренней картине болезни (ВКБ), являются работы А. Р. Лурия (1977), который под этим феноменом подразумевает совокупность ощущений не только местных болезненных, но результатов самонаблюдения, аффектов, эмоций, представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для пациента с приходом его к врачу. Реакция ребенка на болезнь формируется иначе, чем у взрослого человека. Это зависит, в частности, от того, что дети долго не разделяют телесное и психическое.

Как формируется и от чего зависит ВКБ у ребенка?

В научной литературе выделяются следующие факторы:

1. Преморбидный фон – особенности психики, которые проявлялись до болезни. (Е. К. Краснушкин, 1950 и др.).

2. Характер заболевания (наличие болезненных ощущений, ограничение активности, возможный исход и т.д.).

3. Отношение к заболеванию близких, особенности семейных отношений (А. И. Захаров, 1971; Н. Д. Игнатьева и др., 1978).

4. Многие исследователи отмечают влияние на ВКБ возраста (В. В. Ковалев, 1972; Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков, 1976; А. В. Квасенко, Ю. Т. Зубарев, 1980; Цивилько и др., 1981; В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова, 1983).

5. Влияние пола. Для девочек более важен физиологический аспект болезни (от болезни можно умереть), в то время как для мальчиков значим как физиологический, так и социальный аспект (наличие социальных ограничений) в равной степени (И. В. Грошев, 2007).

6. Опыта предыдущих заболеваний.

В. В. Николаева выделяет наиболее значимые для детской ВКБ факторы:

1. Наличие боли и (или) зуда как симптомов заболевания.

2. Сопровождение лечения болезненными процедурами.

3. Косметический дефект, сопровождающий заболевание (обычно с 14-16 лет).

4. Изменение семейных условий с началом заболевания.

5. Сформированность представлений ребенка о своем теле, работе внутренних органов, причинах различных заболеваний.

Структура ВКБ представляет собой тесную взаимосвязь когнитивных, эмоциональных и мотивационно личностных феноменов, возникающих под влиянием этих факторов (см. Рис.2).

В клинической литературе традиционно выделяют такие основные варианты ВКБ:

1) Нормозогностический (гармоничный, с адекватной субъективной оценкой болезни);

2) Гипозогностический – недооценка (вплоть до отрицания самого факта болезни – анозогностический вариант) серьезности состояния;

3) Гиперзогностический – переоценка тяжести заболевания.

Виды ВКБ у детей (выделены на основе моделей ВКБ А. Е. Личко, Н. Я. Ивановой, В. В. Николаевой):

Диффузный. ВКБ носит размытый характер, представляет собой непосредственную реакцию ребенка на самочувствие. Чаще обнаруживается у детей до 7 лет.

Нормозогностический (гармоничный с адекватной субъективной оценкой). Ребенок объясняет плохое самочувствие рациональными рассуждениями о протекании болезни. При этом преобладает когнитивный компонент ВКБ. Сохраняются интересы и виды активности характерные для возраста ребенка.

Рентный. Ребенок рассматривает болезнь как способ компенсировать эмоциональный дефицит или сохранить симбиотические отношения с матерью. Степень осознанности поведения мала. Такой вариант возникает на основе неправильного семейного воспитания.

Ипохондрический. Предполагает погружение ребенка в болезнь, формирование специфического «болезненного» образа я. Сопровождается инвалидизацией, синдромом выученной беспомощности. Ограничиваются формы активности специфичные для возраста. Характерен высокий уровень тревожности, как для ребенка, так и для близкого взрослого (мамы).

Обвинительный. Ребенок воспринимает болезнь как наказание за неправильное поведение. Преобладает тенденция к самообвинению, чувство стыда. Формируется заниженная самооценка. Такая ВКБ характерна для подростков и младших школьников, которые уже имеют представления о причинах болезни и способны под влиянием взрослых установить причинно-следственные связи между своим поведением и возникновением болезни. Согласно исследованиям В. В. Николаевой наиболее полные представления о собственном теле и причинах болезни формируются к 9 годам.

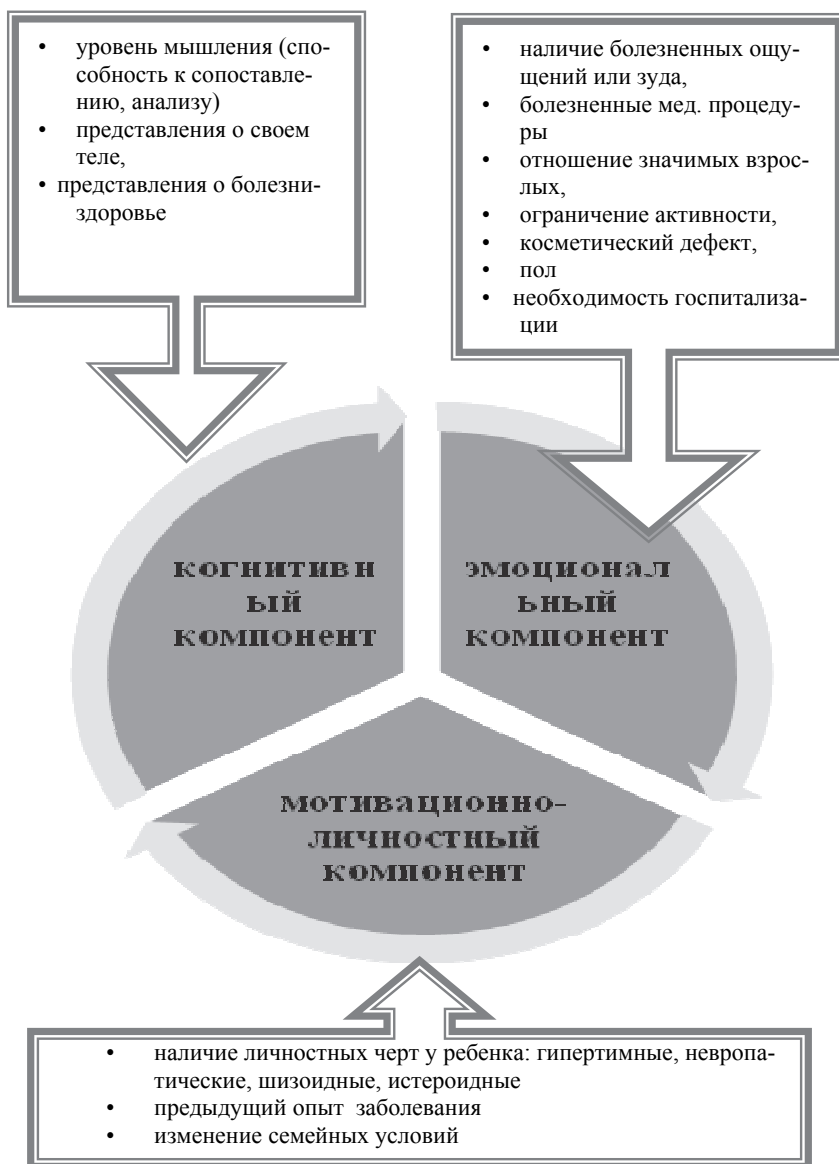


Рис. 2. Структура и факторы внутренней картины болезни у детей и подростков

Этапы формирования ВКБ у детей:

I этап (5 — 10 лет). Высшие психические функции недостаточно сформированы, не хватает средств для того, чтобы обозначить телесный опыт. Внутренняя картина болезни начинает строиться через осознание ограничений поведения, с которыми сталкивается ребенок. Следовательно, в данный период большую роль в становлении внутренней картины болезни играет ближайший значимый взрослый или врач, которые с позиции своего опыта и представлений формируют и структурируют внутреннюю картину болезни.

II этап (11 — 16 лет). Возможно изменение поведения по двум направлениям. Во-первых, со стороны возможности реализации ведущей деятельности данного возраста, общения. При ограничении возможна реакция в виде сочетания враждебности с агрессивными тенденциями или в виде вторичной аутизации (произвольный, осмысленный отказ от контактов из-за комплекса неполноценности). Во-вторых, подростковый возраст — возраст направленности в будущее, построения дальнейших планов. Неопределенность прогноза не дает невозможность строить планы, что также остро переживается.

Таблица 6

Характеристика ВКБ в зависимости от возраста ребенка

Возраст ребенка	Особенности ВКБ	Основные направления работы психолога
От рождения до 7 лет	Большое место занимает сенсорные сигналы, связанные с болезнью (чувственный уровень). Представление о болезни нечеткое, связано с осознанием ограничений, которые возникают на фоне болезни	Изучение отношения к болезни значимых взрослых. Диагностика детско-родительских отношений. Формирование у ребенка адекватного представления о болезни. Работа с эмоциональным компонентом ВКБ ребенка, предупреждение негативных установок на заболевание
От 7 до 11-12	Достаточно выражен когнитивный компонент ВКБ. Формируются представления о здоровье и болезни, представления о собственном теле. Характерна связь ВКБ с уровнем адаптации	Изучение представления ребенка о здоровье и болезни, формирование правильного понимания ЗОЖ;

	к школе	Анализ школьной адаптации; Работа с ближайшим окружением (диагностика детско-родительских отношений)
С 12 до 16 лет	ВКБ связана с ведущей деятельностью, большое значение для ее формирования имеет наличие косметического дефекта. Ярко проявляется мотивационно-личностный компонент, влияние сформированных черт характера на переживание болезни	Исследование отношения к заболеванию у ребенка; Исследование черт личности; Исследование особенностей взаимоотношений ребенка со сверстниками
С 16 лет	Рациональное отношение к болезни, преобладание когнитивного компонента	Исследование отношений «Я и болезнь», жизненных перспектив и их изменений, связанных с болезнью; Анализ уровня профессионального самоопределения

Содержание работы клинического психолога по предупреждению формирования неадекватной ВКБ у детей и подростков

1. Обучение правильному отношению к болезни и здоровью.

Начинать обучать правильному отношению к болезни необходимо с ранних лет. Однако в соответствии с возрастом объяснения должны быть наглядными, яркими, понятными и достаточно краткими. В дальнейшем, по мере взросления ребенка, необходимо снова и снова возвращаться к этим темам, но уже на более сложном уровне, дополняя новыми сведениями; углубляя представления о предмете. Не следует дожидаться вопросов на биологические и медицинские темы. Для их раскрытия родители могут воспользоваться любым подходящим случаем. Например, можно обсудить все то, что происходит и что переживает во время болезни член семьи, сосед или герой того или иного художественного произведения. Объяснять происходящее в организме больного и раскрывать его переживания следует с очень большой осторожностью. Нельзя, чтобы у ребенка в ходе этих бесед возникало чувство страха, появлялись опасения, которые он легко может перенести на свой счет. Каждый разговор о болезнях желательно заканчивать на оптимистической ноте, убеждая ребенка в том, что имеются большие возможности по сохранению здоровья и многое зависит от самих детей. Следует обратить особое внимание на то, чтобы у ребенка не

возникало чрезмерное чувство вины за состояние своего здоровья. В связи с этим родителям придется быть очень осторожными во время бесед, нравоучений и наказаний своих детей. Нельзя постоянно укорять ребенка за то, что появившиеся у него даже незначительные отклонения в здоровье своим происхождением обязаны непослушанию, нарушению режима и игнорированию указаний старших.

Можно также посоветовать регулярно проводить в семье такие игры или занятия, в которых бы уделялось большое внимание развитию знаний о строении и функциях тела человека и животных, о психике человека и ее роли в жизни. Желательно также, чтобы ребенок не только знал о средствах сохранения здоровья, но и приобретал навыки, укрепляющие его. Так, он должен понимать, каково предназначение утренней зарядки, обливания водой, соблюдения режима дня, дневного сна, подвижных игр и т. д.

2. Обучение мерам по предупреждению болезней. Оно должно быть ненавязчивым, без упоминания неясных и пугающих слов и понятий, без устрашения, но достаточно решительно, с указанием, какая роль отводится самому ребенку в защите своего здоровья. Отдельного упоминания требует необходимость подготовки ребенка любого возраста к лечебным процедурам, посещению врача, помещению в больницу, хирургическим и стоматологическим операциям. Подготовка ребенка к лечению обязательно должна учитывать особенность детской личности.

3. Обучение детей техникам преодоления медицинского стресса.

1.4. Психический дизонтогенез

Профессиональная деятельность психолога в системе здравоохранения предполагает решение различных вопросов, связанных с аномалиями развития психики ребенка, в том числе и психическим дизонтогенезом, который выражается в различных нарушениях темпа, сроков развития психики в целом и ее отдельных составных частей, а также в диспропорциях компонентов развивающейся психики (В. В. Ковалев, 1976, 1995).

Однако психолог амбулаторной детской соматической клиники не занимается проблемами, предполагающими длительное коррекционно-развивающее воздействие. Основной его функциональной обязанностью является первичное выявление признаков аномального развития и решение вопросов о направлении ребенка к неврологу, психиатру, ПМПК и центры психологического сопровождения и социальной адаптации.

При дифференциации отдельных признаков дизонтогенеза клинический психолог должен руководствоваться традиционными подходами, изложенными в работах Э. Кречмера (1954), Г. Е. Сухаревой (1959), Г. К. Ушакова (1973) и др. и опираться на возрастные нормы развития (см. приложение 1 – 2).

Таблица 7

Общая характеристика типов дизонтогенеза

Тип дизонтогенеза	Общая характеристика
Задержанное развитие	Парциальная или частичная ретардация характеризуется запаздыванием в развитии лишь отдельных компонентов психики или отдельных функциональных систем. Модель: задержка психического развития
Недоразвитие мозговых структур	Запаздывают (приостанавливаются) все стороны психического развития. Модель: олигофрения
Асинхрония (искаженное развитие; дисгармоническое развитие	Нарушение принципа гетерохронии развития. Модели: аутизм, психопатия, патохарактерологическое формирование личности
Поврежденное развитие	Предполагает нарушение нормального течения развития после влияния различных патогенных факторов. При этом имеется достаточно длительный (не менее 3 лет) период нормального развития. Модель: деменция
Дефицитарное развитие	Предполагает развитие психики при выпадении (дефиците) отдельных ее сторон или функций Модели: нарушение слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата

Несмотря на вариативность, любой тип дизонтогенеза находит свое отражение в психических функциях и может актуализироваться в зависимости от этапов возрастного развития и тяжести патологии. Психолог в процессе диагностики может выявить признаки дизонтогенеза в различных сторонах психики ребенка.

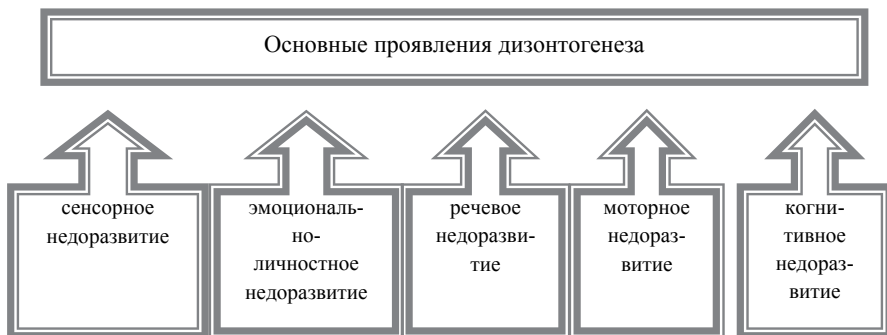


Рис. 3. Проявления дизонтогенеза в психике ребенка

Таблица 7

*Вероятностные отклонения психических процессов
при различных типах дизонтогенеза*

Харак- те- ристика психи- ческих процес- сов	Тип дизонтогенеза				
	задержан- ное разви- тие	недораз- витие моз- говых структур	асинхро- ния (ис- кажен- ное, дис- гармо- ническое развитие)	повреж- денное разви- тие – модель демен- ция	дефицитар- ное развитие
сенсор- ное недо- разви- тие	Локальное, например, слухо- речевое восприятие	Тотальное недораз- витие всех сенсорных функций	Отсутст- вует	Упро- щение сенсор- ных функ- ций	Выпадение отдельных функций в соответствии с диагнозом (нарушение зрения, слуха и т.д.)
эмоцио- нально- лично- стное недо- разви- тие	Отстает от возрастных норм на 1,5 – 2 года (инфанти- лизм)	Отстает от возраст- ных норм на более чем 2 года, характе- ризуется упрощен- ностью	Недораз- витие или от- сутст-вие адекват- ных воз- расту влечений (моти- вов), неадек-	Осо- беннос- ти зави- сят от типа по- врежде- ния	При наруше- нии слуха упрощен- ность эмо- циональ-ных реакций

			ватные эмоцио- нальные реакции		
речевое недо- разви- тие	Задержка речевого развития	Задержка речевого развития	Возмож- на эхола- лия и др. функци- ональные расстрой- ства речи	В зави- си- мости от типа пов- режде- ния	Речевое не- доразвитие при наруше- нии слуха, дизартрия при детском церебральном параличе
когни- тивное недо- разви- тие	Недораз- витие пред- посылок интеллек- туального развития (внимание, воспри- ятие, па- мять)	Тотальное интеллек- туальное недораз- витие, сниженная способ- ность к абстракт- ной логике	абстракт- ное мыш- ле-ние, запас знаний об окру- жа- ющем, направ- ленность личности и др.) могут разви- ваться с опереже- нием	В зави- си- мости от типа повре- ждения	Диспропор- циональное развитие. При нарушении слуха сниже- ние способ- ности к абст- рактному мышлению. При наруше- нии зрения недоразвитие образного мышления

В качестве маркеров психического дизонтогенеза целесообразно использовать предложенные В. В. Ковалевым основные возрастные уровни преимущественного нервно-психического реагирования на различные вредности.

Соматовегетативный уровень реагирования – от 0 до 3-х лет. Чаще всего отмечаются различные варианты невропатического синдрома (повышенная общая и вегетативная возбудимость, нарушения сна, пищеварения, общей терморегуляции, гиперестезия и др.). Для этого возраста данный уровень является ведущим и обусловлен проявлениями дисфункцией преимущественно вегетативной нервной системы.

Психомоторный уровень реагирования – от 4 до 10 лет. В первую очередь связан с активной дифференциацией корковых отделов двигательного анализатора и проявляется в виде психомоторной воз-

будимости, системных двигательных неврозоподобных расстройств (тики, заикание и др.), синдромов гиперактивности, растормаживания двигательных автоматизмов (сноговорение, снохождение) и др.

Аффективный уровень реагирования – от 7 до 12 лет. Этот уровень проявляется повышенной аффективной возбудимостью, синдромами страхов, навязчивых состояний, психогенных расстройств, патохарактерологическими реакциями детского возраста. Эти расстройства связаны с активной, всевозрастающей способностью к субъективным переживаниям и изменением самосознания.

Эмоционально-идеаторный уровень реагирования – от 12 до 16 лет. Патология этого уровня проявляется психогенными ситуационными реакциями, характерными для пре- и пубертатного возраста (реакциями протеста, отказа, нигилизма, эмансипации). Синдромом сверхценных интересов и увлечений (синдром философической интоксикации др.). Выраженными ипохондрическими переживаниями (синдромы психогенной анорексии, дисморфофобии и дисморфомании).

При этом было отмечено, что данные уровни не замещают друг друга, а становятся доминирующими в определенном возрасте, поэтому, например, расстройства, характерные для соматовегетативного уровня могут наблюдаться и в более старшем возрасте, но они не будут являться ведущими, а расстройства психомоторики могут отмечаться и в самом раннем возрасте.

Очевидно, что приведенные примеры сущности и проявлений психического дизонтогенеза не являются исчерпывающими, а представлены лишь в качестве основных направлений, определяющих практическую деятельность клинического психолога.

2. Клинико-психологическая диагностика в условиях амбулаторной соматической клиники

2.1. Организация клинико-психологического обследования детей и подростков в условиях амбулаторной соматической клиники

Принципы работы клинического психолога опираются на этический кодекс психолога.

Принцип профессиональной компетентности. Профессиональные методики могут быть использованы по своему прямому назначению только аттестованным специалистом. Необходимо не только наличие диплома или сертификата о психологическом образовании, а также в отдельных случаях, прохождение специальной процедуры аттестации на право использования конкретной психодиагностической методики.

Принцип конфиденциальности. Предполагает неразглашение первичных и окончательных результатов психодиагностического тестирования ребенка посторонним лицам без персонального согласия родителей. Вопрос об информировании родителей по поводу результатов диагностики в современной практической психологии остается открытым (К. М. Гуревич, М. К. Акимова, 2003), однако большинство специалистов предлагают учитывать законное право родителей на получение информации о своем ребенке. Но информацию нужно представлять родителям с предельной осторожностью, с учетом возможных бесполезных для ребенка реакций со стороны родителей.

Принцип профессиональной тайны. Профессиональная тайна – это информация, которая должна быть известна только узкому кругу специалистов-смежников. Психолог не раскрывает механизм действия любой методики, не передает инструктивные материалы к ней лицам, не имеющим лицензии на ведение психодиагностической практики.

Сохранение профессиональной тайны имеет значение не столько для поддержания авторитета и социального статуса психолога, сколько для обеспечения корректной и точной психодиагностики. Профессиональные психодиагностические методики не должны поступать в открытую продажу.

Принцип комплексной диагностики. В процессе проведения диагностического обследования детей необходимо сочетать различные методы: строгоформализованные, малоформализованные, метод независимых экспертных оценок. В патопсихологическом обследовании

рекомендуется учитывать механизмы взаимосвязи психологических феноменов, поэтому для надежности и валидности данных используется большое количество методик (до 5 на один психологический феномен).

Принцип научной обоснованности. Принцип научной обоснованности психодиагностической методики при тестировании детей требует того, чтобы она была валидной и надежной, то есть давала такие результаты, которым можно вполне доверять. Предпочтение отдается классическим, зарекомендовавшим себя методикам, однако, необходимо помнить, что диагностический инструмент должен быть адаптирован и валидизирован в срок не раньше 5 лет до момента его использования. Соблюдение этого принципа позволяет избежать ошибок или устранить их при проведении тестирования. Ошибки бывают из-за неопытности или предвзятости пользователя тестовой методикой.

Структурно-динамический принцип. В процессе диагностического обследования детей необходимо учитывать специфичность и непрерывность психического развития ребенка на всем протяжении его жизни. При оценке психического развития ребенка берется в учет неразрывная взаимосвязь всех процессов, функций и сфер его психики.

Принцип индивидуальности. При построении процедуры обследования учитывается актуальный возраст ребенка, особенности его поведения, обучаемость, адекватность, критичность и другие индивидуально-психологические проявления. Использование адекватных этим характеристикам методов, диагностических приемов и средств позволит соблюсти психометрические требования и учесть индивидуальный подход.

Принцип объективности. Предусматривает беспристрастный подход к анализу результатов тестирования. Необходимо минимизировать влияние на специалиста субъективной личностной оценки ребенка в роли испытуемого во время проведения теста. Общение с ребенком при подготовке и проведении теста должно быть доброжелательным, чтобы не спровоцировать у него негативные переживания, нейтрально-отстраненным, подчеркнуто вежливым и корректным. Помощь испытуемому должна ограничиваться только обеспечением условий для правильного выполнения задания.

Безусловно, необходимо соблюдать и профессиональную независимость от заказчиков тестирования и получателей психодиагностической информации, в противном случае интерпретация результатов такого тестирования даже при соблюдении научной технологии его проведения, не может рассматриваться как объективная.

Принцип эффективности. Предполагает создание необходимых условий для того, чтобы рекомендации психолога были адекватно восприняты родителями испытуемого. Результаты любого тестирования должны сообщаться испытуемому или его родителям, если обследовались дети до 12 лет. Контекст сообщения желателен ободряющий, не травмирующий психику и не снижающий личностную самооценку человека. Восприятие родителями своего ребенка окрашено личностным смыслом, поэтому не всегда родитель способен объективно оценить возможности, способности, либо психическое состояние своего ребенка. Любые психологические прогнозы и оценки возможных моделей поведения испытуемого должны быть сообщены его родителям в конструктивном стиле, нацеленном на позитивный результат. Только согласие родителей с основными выводами исследования обеспечит возможность и эффективность дальнейшей профилактической или при необходимости коррекционной работы.

Этапы психодиагностического обследования

Процедура психологического обследования детей состоит из пяти этапов:

1. Подготовительный этап (заочное знакомство):

- составление медицинского анамнеза на основе анализа специальной документации и беседы с медицинским работником;
- составление семейного анамнеза на основе бесед с родителями и значимыми в жизни ребенка взрослыми.

Основные методы – изучение медицинской и другой, доступной психологу документации, беседа со специалистами, клиническое структурированное или полуструктурированное интервью, заполнение анкеты родителями или другими близкими взрослыми.

2. Адаптационный этап:

- знакомство с ребенком и родителями в процессе наблюдений, бесед с ним, анализа продуктов детского творчества.

Основные методы – наблюдение (см. приложение 3), структурированное или полуструктурированное интервью.

3. Основной этап:

- тестирование.

Основные методы – психологические и нейропсихологические тесты, структурированное или полуструктурированное интервью.

4. Интерпретационный этап:

- составление психологического заключения и сопутствующих документов на основе обработки и анализа диагностических данных (по запросу).

Схема клинико-психологического заключения

1. Описание цели и задач исследования, сформулированных на начальных этапах диагностики, а также в связи с клиническим процессом (дифференциальная диагностика), в зависимости от предполагаемых заболеваний, определение глубины психического дефекта, изучение эффективности терапии.

2. Причина обращения к специалисту (по оценке родителей), кем направлен ребенок на консультацию. Жалобы родителей. Значимые данные из анамнеза.

3. Оценка реакций ребенка, особенности свободного поведения, интерес к игрушкам, предметам, особенности вступления в контакт. Взаимодействие с родителями.

4. Отношение ребенка к процессу диагностической работы (уровень понимания обращенной к нему речи, выполнение инструкций, отвлечения, сосредоточенность в выполнении различных заданий, утомляемость и др.).

5. Описание результатов конкретных методов исследования (приводятся названия методов и методик, используемых в диагностике). Эту часть заключения целесообразнее формировать не по отдельным методикам и психическим процессам, а в виде отдельных положений, доказываемых и иллюстрируемых полученными диагностическими данными с помощью разных методик. Указываются западающие и сохранные стороны психической деятельности ребенка, зона ближайшего развития.

6. Обобщение результатов диагностической работы и формулирование психологического диагноза, рекомендации по дальнейшему исследованию у других специалистов (психоневролог, дефектолог, логопед и др.), по психологической коррекции, по оказанию помощи ребенку со стороны родителей и др.)

5. Заключительный этап:

- информирование заинтересованных лиц (самих детей, родителей, специалистов);
- рекомендации родителям в устной или письменной форме;

Определение дальнейших направлений психокоррекционного или психотерапевтического вмешательства (подключение других специалистов, направление ребенка на ПМПК).

Таблица 8

*Определение стратегий психокоррекционного
и психотерапевтического вмешательства на основе
диагностических данных*

Особенности развития	Предполагаемые траектории психокоррекционного воздействия
Признаки различных типов психического дизонтогенеза	Направление ребенка к психиатру и невропатологу для уточнения диагноза. Работа с дефектологом, направление на ПМПК для выбора адекватного образовательного маршрута
Признаки психических расстройств	Направление ребенка к психиатру (см. приложение 4)
Грубая социальная дезадаптация, девиантное поведение	Направление ребенка в центры психосоциального сопровождения
Психосоматические расстройства	Краткосрочное психокоррекционное воздействие в режиме работы клинического психолога в амбулаторной соматической клинике, рекомендации лицам ближайшего окружения ребенка
Медицинский стресс	Краткосрочное психокоррекционное воздействие в режиме работы клинического психолога в амбулаторной соматической клинике, рекомендации лицам ближайшего окружения ребенка

Правила психологического обследования ребенка

1. Участие родителей в процедуре обследования. Оптимальным считается сотрудничество родителей с психологом на подготовительном этапе обследования. Это решает проблему официального согласия родителей на психологическое воздействие относительно своего ребенка. Что касается присутствия родителей на основном этапе обследования, решение этого вопроса не может быть однозначным. С одной стороны, присутствие при тестировании способствует объективизации восприятия родителями особенностей ребенка. С другой стороны, при проблемных детско-родительских отношениях присутствие членов семьи может «заблокировать» общение ребенка с психологом, что полностью разрушит диагностическое взаимодействие. Таким образом, степень родительского участия в психологическом обследовании определяется психологом в индивидуальном порядке, в зависимости от семейной ситуации, уровня и направленности запроса.

2. Правила организации процедуры обследования.

2.1. Обращение к ребенку по имени. К подростку при установлении контакта необходимо обратиться с вопросом: «Как я могу к тебе обращаться?»

2.2. Перед началом обследования необходимо установить эмоциональный контакт. Для этого рекомендуется выделять 1-2- минуты для того, чтобы клиент адаптировался в обстановке кабинета психолога.

2.3. Обследование проводить в изолированном помещении.

2.4. Ребенка дошкольного и младшего школьного возраста нельзя сажать к окну лицом, чтобы избежать рассеивания внимания.

2.5. Психолог должен сидеть рядом / сбоку, но не напротив ребенка. Расстояние примерно 0,5 метров (граница деловой и личностной дистанции).

2.6. При присутствии взрослых, нужно предупредить их о невмешательстве в процесс (территориальное отделение, чтобы не попали в поле зрения ребенка, лучше занять их какой-либо деятельностью, например, дать заполнить анкету).

2.7. Ребенку 6-7 лет с ярко выраженными чертами лидера можно предложить выбрать: что хочешь – поиграть, порисовать или позаниматься?

2.8. Все методики должны быть заранее подготовлены, но находиться вне поля зрения ребенка.

2.9. Длительность сеанса должна быть индивидуальна в зависимости от возраста и темперамента (обычно 30–45 минут) – от 15–20 мин. до 1 часа и более.

3. Во время психологического обследования психолог должен вести протокол обследования. Лучший вариант – сплошной протокол, в котором отмечаются спонтанные реакции, высказывания ребенка.

Принципы оформления протокола:

- необходимо заранее подготовить легенду для ребенка – почему я пишу;

- указать дату, имя, возраст ребенка с полными месяцами;
- указать последовательность заданий;
- указать форму предъявления заданий (устная инструкция, карточка для читающего ребенка);
- отмечать способ выполнения задания;
- указать, оказывалась ли ребенку помощь и, какая именно (дозированная помощь): минимум – организационная (...не торопись..., можно указать область, в которой ребенок сделал ошибку), максимум – психолог сам показывает, как выполнять задание.

2.2. Характеристика методов клинико-психологического обследования

Наиболее эффективными методами обследования в работе клинического психолога детской амбулаторной соматической клинике являются следующие:

1. Клиническое структурированное и полуструктурированное интервью;
2. Биографические анкеты (для сбора анамнеза);
3. Тестирование с использованием патопсихологических и нейропсихологических методов.

Клиническое интервью продолжает оставаться самым универсальным средством обследования, которое используется в отношении детей и членов семьи. В условиях краткосрочного контакта с психологом в амбулаторной клинике, этот метод представляет особую ценность. Он позволяет за максимально короткое время получить информацию о различных психологических феноменах клиента.

- Первичное клиническое интервью служит не только источником информации, но и помогает наладить взаимодействие и взаимопонимание между ребенком, членами семьи и другими заинтересованными лицами.

- В клинических интервью используется гибкий разговорный стиль, что помогает сформировать наиболее полную картину ситуации.

- Клиническое интервью позволяет детям и их родителям отстаивать свои мысли и чувства так, как это обычно происходит в повседневной жизни.

- В течение клинического интервью специалист может наблюдать за невербальной коммуникацией между ребенком и родителями: выражением лица, положением тела, интонациями, жестами, манерами и движениями.

- Сферы опроса: восприятие ребенком себя и других людей, примеры его реакций на социальные ситуации, взаимодействие с взрослыми, понимание причин обращения к психологу, стрессовые истории его жизни (развод родителей и др.)

Пример неструктурированного интервью.

Клиент – девочка 14 лет с проблемой социальной тревоги

(Эрик Мэш, Дэвид Вольф. Детская патопсихология)

Др. М.: В каких ситуациях ты ощущаешь тревогу?

Марта: Когда мне приходится выступать в классе, есть в школьном буфете или идти в спортзал. В любой ситуации, когда рядом другие дети.

Др. М.: Когда ты впервые почувствовала тревогу в классе?

Марта: Даже мысль о выступлении в классе за день до этого вызывает тревогу. На следующее утро она усиливается. К началу урока я уже полная развалина.

Др. М.: Расскажи, что ты чувствуешь, когда накатывается тревога.

Марта: Я ощущаю пустоту в глубине живота. Мое сердце начинает колотиться, а руки покрываются потом. Мой мозг «взрывается», и я не могу придумать, что сказать. Это ужасно. Иногда я просто пропускаю урок.

Др. М.: О чем ты думаешь, когда пропускаешь урок?

Марта: Я боюсь, что учитель попросит меня выступить. А я не буду знать, что говорить. А если что-то скажу, то это будет страшная глупость. Учитель и одноклассники подумают, что я дура, настоящее ничтожество.

Др. М.: Какие у тебя отметки в школе?

Марта: Довольно хорошие — четверки. Но были бы гораздо лучше, если бы я не пропускала столько уроков.

Др. М.: Итак, ты учишься хорошо. Почему же ты думаешь, что одноклассники будут считать тебя глупой, если ты заговоришь в классе?

Марта: Я не знаю. Просто будут, и все.

Биографические анкеты представляют собой список вопросов о жизни ребенка, являются основой для анамнеза и анализа семейной истории. Основные разделы биографических анкет:

- Рождение ребенка и связанные с ним события — беременность, осложнения при родах, употребление матерью в течение беременности наркотиков, алкоголя, курение.

- Этапы развития ребенка, включая возраст, когда ребенок пошел, развитие речи, контроль мочевого пузыря и кишечника, навыки самообслуживания.

- Медицинская история ребенка, включая травмы, несчастные случаи, операции, заболевания и проведенное лечение.

- Характеристики семьи и история семьи, включая возраст, род занятий, семейное положение членов семьи, образование, медицинскую историю и сведения о психических болезнях членов семьи, родных братьев и сестер.

- Межличностные навыки ребенка, включая отношения с взрослыми и другими детьми, игры и социальную активность.

- История образования ребенка, включая академическую успеваемость, школы, которые посещал ребенок, отношение к школе,

отношения с учителями и одноклассниками, дополнительные занятия.

- Для подростков — информация о роде занятий и отношениях с другими людьми того же или противоположного пола.
- Описание предъявленной проблемы, включая детальное описание проблемы и сопутствующих обстоятельств, и предпринятые ранее родителями попытки разрешить эту проблему.
- Ожидания родителей для обследования и терапии по поводу ребенка и самих себя.
- Вот часть истории развития и истории семьи со слов родителей Фелиции:

Тестирование — использование валидных, надежных методик, представляющих собой пробы и задания, нацеленные на исследования глубинных, недоступных наблюдению психических процессов. В работе психолога амбулаторной детской клиники тесты должны соответствовать следующим требованиям:

1. Минимальное время выполнения (до 5 минут).
2. Комплексный характер. Возможность одним тестом одновременно исследовать несколько психических функций.
3. Тестирование предполагает два основных подхода к отбору методов: патопсихологические методы; нейропсихологические методы.

Таблица 9

Методы патопсихологического тестирования

Метод тестирования	Целевое назначение	Особенности использования	Варианты тестов
Опросники	Скрининговая диагностика для выявления медицинского стресса или эмоционального неблагополучия лежащего в основе психосоматических расстройств. Выявление типа семейного воспитания	Используется на начальном этапе психологической диагностики	1. Шкала детской способности справляться с болезнью. 2. Опросник детской депрессии (CDI), М. Ковач. 3. Опросник эмоционального неблагополучия ребенка И. И. Мамайчук. 4. Методика «Стратегии семейного воспитания»

			С.С. Степанова в модификации И.И. Махониной
Проек- тивные методы	Углубленная диагно- стика, выявление эмо- циональных и психо- динамических меха- низмов исследуемых проблем	Используется на основном этапе психологической диагностики и в процессе психо- коррекции	1. Тематический апперцептивный тест. К. Мор- ган и Г. Мюррей 2. Кинетический. рисунок семьи 3. Методика ри- суночной фру- страции Розенц- вейга. Методика «Рисунок чело- века» Методика «Че- ловек под дож- дем» и др.
Тесты на специфи- ческие сенсор- ные и моторные навыки, когни- тивные функции	Выявление признаков дисонтогенеза, и пси- хических расстройств, требующих вмеша- тельства других спе- циалистов	Используются по запросу родите- лей или специа- листов, предпола- гают первичную специфическую диагностику, тре- бующую продол- жения в рамках работы узких специалистов (дефектолога, психиатра и др.)	1. Прогрес- сивные матрицы Равенна. 2. Пиктограм- мы. 3. Корректир- ная проба Кубики Коса и др.

Более подробно перечень методик патопсихологического обследо-
вания представлен в приложении 5 (Н. Я. Семаго, М. М. Семаго
2002).

Примерные методики патопсихологического обследования

Шкала детской способности справляться с болезнью

Представьте, что Вам надо обратиться к врачу, и это тревожит Вас (например, укол). Я собираюсь показать Вам некоторые способы, с помощью которых дети преодолевают страх перед медицинскими процедурами лучше, чувствуют себя более уверенно. Я хочу, чтобы Вы сказали мне, что из предложенного ниже Вы могли бы сказать себе или сделать, чтобы чувствовать себя лучше. Не может быть правильного или неправильного ответа.

- Скажете себе, что это не так страшно?
- Скажете себе, что будете чувствовать себя лучше, когда это кончится?
- Попытаетесь понять, почему медсестра должна сделать это?
- Сожмете кулак или напряжете какую-либо другую часть тела?
- Захотите, чтобы Ваши родители были рядом, чтобы Вы чувствовали себя лучше?
- Будете что-то делать, чтобы не думать об этом (например, считать или разговаривать с кем-нибудь) во время процедуры?
- Будете думать о чем-то другом, чтобы отвлечь мысли от неприятного (о чем-то хорошем, что у вас было)?
- Скажете себе, что это вовсе не страшно?
- Представите себе что-нибудь еще?
- Скажете себе, что могло быть хуже?
- Попытаетесь быть спокойным?
- Разозлитесь и будете бороться с медсестрой, чтобы не дать ей провести процедуру?
- Отвернетесь?
- Посмеетесь над этим?
- Заплачете?

Методы нейропсихологического тестирования используются для более детального обследования ребенка при подозрении на мозговую патологию (см. приложения 6,7,8).

2.3. Структура заключений клинико-психологического обследования

Заключение по клинико-психологическому обследованию ребенка является конечным продуктом диагностического этапа, а также является инструментом взаимодействия психолога с другими специалистами. В современной клинической психологии не существует единого подхода к структуре заключения, но обязательным является включение специфических разделов с учетом профессиональных задач медицинского психолога, работающего в амбулаторной соматической клинике (см. приложение 9).

Первичное психологическое заключение

На приеме ребенок К...Мария (обследуемая) с матерью Екатериной. Обследование проводилось в форме беседы и тестирования, в два приема, общее время обследования составило 2 часа. Беседа и тестирование проводились в кабинете психолога.

Дата проведения беседы ... 2016 г., дата проведения тестирования ... 2016 г.

1. Биографические данные

– ФИО Кинова Мария Сергеевна

– Дата рождения, год рождения.

– Семья:

Отец Кинов Сергей Сергеевич (47 лет, высшее образование, инженер).

Мать Кинова Екатерина Александровна (46 лет, высшее образование, инженер).

Сестер, братьев нет.

В настоящее время проживают совместно мать Екатерина и дочь Мария, с отцом ребенка не живут 8 месяцев, часто приходит для помощи по дому и с ребенком бабушка (мать Екатерины) Иванова Елена Егоровна.

Отец регулярно навещает Марию.

– Образование:

Мария посещала детский сад с 2-х лет (проявляла протестные реакции, много плакала и болела). В настоящее время посещает 1 класс школы, танцевальную студию, бассейн.

2. Повод для обследования

К психологу обратилась мать ребенка. Поводом послужила конфликтная ситуация развода в семье родителей, возросшая тревожность ребенка. Перед специалистом поставлены следующие задачи:

– оценить отношение ребенка к ситуации развода, к матери, к отцу и прояснить влияние поведения отца (отец может посадить девочку на колени, целовать ее в губы, а также проявляет агрессию);

– выявить уровень тревожности девочки в настоящее время, и разработать рекомендации для психологического оздоровления и поддержки ребенка.

3. Краткие сведения из истории развития ребенка

На момент обследования девочке 7 лет. Беременность у матери протекала хорошо. Родилась доношенной в срок, роды длительные, завершились кесаревым сечением. До года девочка практически не болела, развитие соответствовало возрасту, без особенностей. После наступления возраста 3-х лет наблюдалась у невролога, диагнозы «гиперактивность», «невроз», «энурез».

Родилась в браке, проживала с отцом и матерью в 3-х комнатной квартире.

Через год после рождения Маши у матери диагностировали тяжелое заболевание (диагноз и характер заболевания не описываю согласно пожеланию матери). В возрасте с 1,5 до 3 лет ребенка ее матери

Екатерине проводили длительное лечение. В связи с этими обстоятельствами воспитанием дочери Маши занималась бабушка по материнской линии – Иванова Елена Егоровна.

Маша, со слов матери, особых проблем в воспитании не доставляла, однако с 3-х лет начала проявлять активность и непослушание, агрессивную позицию в отстаивании своих желаний.

Согласно заполненным анкетам, по отношению к дочери обоими родителями применяются физические наказания.

Среди проблем с дочерью Екатерина указывает также боли в животе, запоры, кусание ногтей, бруксизм, навязчивая мастурбация, воровство, раздражительность и плаксивость.

По поводу отношений с дочерью Екатерина пояснила, что они напряженные, и дочь может назвать ее «дурой», сказать «ты ноль», «ты уродина», отказаться выполнять разумные требования. Также со слов матери, девочка может ее, Екатерину, ударить, а Екатерина может ударить в ответ, и тогда получается «драка».

Екатерина полагает, что это связано с тем, что девочка научилась этому у отца или у ее матери (бабушки Маши).

С отцом у ребенка отношения хорошие, как утверждает мать, однако наблюдаются эпизоды, когда девочка жалуется на давление отца, когда тот делает с ней уроки, или отказывается говорить с ним по телефону при звонке отца.

Мать описывает характер дочери так: «Целеустремленная, любит и чувствует людей, плаксивая, имеет лидерские качества, любит командовать, хочет получать все, что пожелала». На вопрос, чем дочь похожа на нее, отвечает «неуверенностью в себе, тревожностью», а также «жизнелюбием». На вопрос, чем дочь походит на отца, ответила «стремится все доводить до конца».

Восемь месяцев назад муж переехал на отдельную квартиру. С этого времени родители Маши вместе не проживают.

В квартире, где проживает сейчас Маша с матерью, 3 комнаты, у Маши имеется своя комната и кровать, выделена игровая зона. В комнате девочки спит мама.

С отцом Маша видится часто; со слов матери, он приходит к ним домой, играет с Машей, делает с дочкой уроки, читает ей, забирает ее с собой, отвозит ее на занятия в бассейн и к невропатологу.

Взросшую тревожность дочери мать связывает в основном с ситуацией ухода мужа и отца Маши из дома, напряженными отношениями и разводом.

4. Содержание обследования.

Проведена анамнестическая беседа с матерью, в ходе которой были записаны необходимые биографические и другие сведения, а

также за ребенком и отношениями мать-ребенок произведено наблюдение.

Также в отсутствие матери были проведены психологические тесты с ребенком: «рисунок семьи», тестирование в виде «неоконченных сказок», тестирование САТ, проведен опрос по отношениям с отцом и матерью, наблюдение в ходе игровой деятельности ребенка.

5. Полученные психологические данные и результаты

При первом впечатлении ребенок приветлив: девочка улыбается, здоровается. Адекватно реагирует на общение с незнакомым человеком. Далее проявляет повышенную активность, задает специалисту вопросы, привлекает к себе внимание, знакомится с кабинетом.

На замечания матери реагирует избегающе, с улыбкой, без выражения агрессии, с попыткой продолжать делать выбранное действие. После уговоров матери и выдачи сладостей Маша спокойно отпускает мать из кабинета психолога и демонстрирует готовность к сотрудничеству.

Девочка социально адаптирована в пределах возрастной нормы, легко устанавливает контакт. В начале беседы охотно подчиняется правилам, высказанным доброжелательным тоном. Отвечает на вопросы охотно, однако стремится или переключить внимание на игровую деятельность или играть одновременно.

В незнакомом помещении ведет себя свободно, творчески исследуя его в установленных границах. Движения демонстрирует спонтанные, часто неловкие, иногда хаотичные, резкие. В контакте со специалистом заинтересована.

Несмотря на признаки гиперактивности (двигательную расторможенность, возбуждение), Маша сохраняет устойчивое внимание при недолгом личном обращении – пока длится речь, обращенная лично к ней, или пока она думает над вопросом и отвечает на него. Когда в ходе беседы контакт с ней прерывается, быстро переключает внимание.

Соответственно, можно сделать вывод об избирательности внимания, связанной с объемом личной заинтересованности в объекте внимания. Для ее возраста способность к концентрации внимания представляется адекватной, при условии одновременной игровой деятельности. Проявления способности Маши удерживать внимание при условии запрета на игру не исследовались, такой задачи перед специалистом не стояло.

Маша во время беседы проявляет разные чувства: гнев, радость, грусть, страх и вину, различая их интеллектуально. Внешние эмоциональные проявления отчетливо выражены, разнообразны. Выражение лица также подвижно, как и тело. С эмоциями справляется, речь логически обоснована.

В ответах на вопросы Маша в основном осознает свои желания и опасения. При этом она говорит об обеспокоенности только ситуацией развода в семье. Она не упоминает о друзьях или занятиях в школе или кружках, ее не интересует ничего, кроме мамы и папы. Указанное, а также выбор игрушек, сделанный Машей и характер ее игры в кабинете психолога, позволяет говорить о ранней фиксации на оральной стадии развития психики и заметном стрессогенном влиянии ситуации развода.

В целом складывается впечатление, что незрелость ее личности усиливает эффект травматизации ситуацией развода и реакцией матери на это. Маша упоминает в разное время и в ответах на разные вопросы, что «мама плачет», «мама кричит», «мама ругает папу, а папа не может слушать и уходит». В ходе беседы на фоне игровой деятельности Маша комментирует, что родители разводятся из-за нее, утверждает, что боится, если они разойдутся. В ответах на вопросы о ситуации Машу заметно беспокоит чувство вины, страх потерять родителей как пару. Повышение стресса усматривается в вовлечении Маши в отношения между взрослыми, при лавировании между мнениями отца и матери.

Способность к вербализации чувств согласуется с возрастной нормой. Маша изъясняется короткими предложениями, говорит часто с выражением, темп речи быстро меняется от замедленного до возбужденного и обратно.

Специалистом в начале первой беседы были озвучены правила поведения в кабинете: нельзя ломать вещи и игрушки, нельзя ничего выносить, нельзя нападать на психолога (как и психологу нельзя нападать на Машу); и можно брать и использовать все игрушки, карандаши и бумагу, подушки и пр. вещи. Соблюдая правила поведения в кабинете, Маша, тем не менее, неоднократно просит что-то забрать с собой. Тон просьбы хныкающий, требовательный и снова жалостливый. Когда девочка просит подарить ту или иную вещь и получает отказ и напоминание, и сожаление о принятых правилах, она всякий раз выражает сожаление о невозможности получить желаемое.

Это говорит нам о сложности соблюдать и выдерживать все озвученные границы, о привычке получать свое путем повторения просьб и об опыте девочки, что правила можно сдвинуть, если несколько раз попросить или настоять на своем. Также мы можем рассматривать это как призыв ребенка получить от специалиста больше, чем две диагностических сессии и запрос на поддержку, которую можно «унести с собой».

По просьбе специалиста Маша участвует в выполнении заданий, отвечает на вопросы, выполнила рисунок. Проявляет способность к

выбору используемых материалов, учитывает свои предпочтения в цветовой гамме карандашей. Осуществляемая деятельность целенаправленна, логична.

Предложенный рисунок семьи выполняет охотно, уточняя – «Можно ли нарисовать только маму». Получив ответ специалиста, что это ее рисунок, и она может рисовать как хочет, рисует мамино лицо во весь лист.

Такой выбор может означать переживание ребенком собственной незначимости по сравнению с восприятием личности матери, отсутствие контакта с собственной личностью и нарушение раннего контакта с матерью (в возрасте до 6 мес.). Последнее согласуется с признаками фиксации на оральной стадии в целом, замеченными в ходе тестирования.

Также в ходе обследования была использована методика детского апперцептивного теста (САТ по Л. Беллак), который предназначен для обследования детей в возрасте от 3 до 10 лет. Исследование проводилось в игровой форме. Маше выборочно были предъявлены картинки с просьбой рассказать о том, что на них происходит. Результаты рассказов были проинтерпретированы.

Например, на картинке 2 «Медведи, перетягивающие канат», где изображен один медведь, тянущий канат в одну сторону в то время, как другой медведь с медвежонком тянут в другую сторону, - ребенок идентифицирует себя с фигурой, которая сотрудничает с матерью.

Это выглядит как серьезная борьба, сопровождающаяся страхом для Маши, однако по поводу расстановки сил она поясняет, что у двоих слабых – мамы и Маши – много сил вместе, и они перетянут канат и победят папу.

По поводу картинки 3 «Лев с трубкой», где изображен лев с трубкой и тростью, сидящий в кресле, а в нижнем правом углу маленькая мышь появляется в норе: Маша пренебрежительно поясняет, что Лев злой и настойчивый, и он как король, но он только вообразил себя королем. На самом деле он не король, а только воображает. По поводу мышки девочка говорит, что та очень добрая, и боится, как бы Лев ее не съел. Мы можем предположить, что Лев представляется отцовской фигурой, при этом агрессивной, и потому ее требуется побыстрее развенчать. Выраженное сочувствие к фигуре мышки говорит нам об идентификации девочки скорее с мышкой, что говорит о переживании ею своей беззащитности и страха, а также незначимости – Лев не замечает мышку.

При этом важно отметить, что в целом идентификация с конкретным героем представляется для Маши затруднительной.

Приведем также наблюдения в связи с работой с картинкой 7 «Разъяренный тигр и обезьяна». На ней изображен тигр с обнаженными клыками и когтями, прыгающий на обезьяну, которая также прыгает в воздух. Здесь Маша демонстрирует свои страхи, говоря о том, что тигр охотится за надоевшими ему обезьянами. – «Он не хотел играть с обезьяной, а она просила, и теперь он хочет ее разодрать. Ей не убежать, он ее поймает». При рассказе становится очевидной степень напряжения ребенка, что аналогично напряжению из тестирования с помощью неоконченной сказки, где Маша рассказывает о преследующем монстре (далее описано).

Заметно, что Маша не привыкла, что родители спокойно и свободно могут играть с ней. Согласно анкете, Маша не умеет играть. Нарушение игровой способности в возрасте 7 лет говорит нам о серьезных сложностях в психическом развитии ребенка и травматизации.

И комментарий по поводу картинки 8 «Взрослая обезьяна беседует с маленькой обезьянкой», где две взрослых обезьяны сидят на софе и пьют из чайных чашек. И одна взрослая обезьяна сидит на подушечке и беседует с маленькой обезьянкой.

– Маша при описании этой картинки говорит о том, что на переднем плане «бабушка выговаривает что-то сынку, чтобы он не бегал. А он слушается». На заднем плане сидят мама и папа, и шепчутся о своем». В данном случае мы можем заметить, что девочка, идентифицируясь с «сынком» – с ребенком, помещает себя внутри семьи рядом с бабушкой, воспринимая ее делающей выговор, подавляющей фигурой. Причем заметно, что перепутаны роли – бабушка выговаривает не внуку (внучку), но ребенку (сынку).

Так мы видим, что Маша бессознательно не очень понимает, чья она дочь – своей матери или своей бабушки. С этим частично связаны и агрессивные эпизоды нападения Маши на мать – ей необходимо убедиться, что она дочь своей матери, и та сможет за себя (а, значит, и за дочь) постоять.

Это подтверждается элементами анкеты, где в графе описания своего характера мать переходит на описание характера Маши (мать путает себя и ребенка), что подчеркивает межпоколенческую перепутанность – «бабушка воспитывает Машу, хотя не воспитывала меня» – так говорит об этом Екатерина, мать Маши.

Машино убеждение, что сзади родители шепчутся о своем, может говорить как о том, что Маше нет места среди родительской пары, так и о желании видеть мать и отца вместе в связи с травмирующим разводом.

Также во второй день обследования с девочкой проводилось тестирование в игровой форме «Неоконченная сказка».

- Нами была использована сказка «Отъезд».

Цель: позволяет определить отношение ребенка к знакомым ему людям, а также может выявить скрытую агрессивность и разрушительность. «Однажды родители, дедушка и бабушка, дяди и тети, и все дети пошли на вокзал, один из них сел на поезд и уехал далеко-далеко, и, может быть, никогда не вернется. Кто это был?»

Маша сообщила, что далеко уехал дядя Федор из мультика Простоквашино. Такое высказывание ребенка может говорить о том, что актуального конфликта с близкими людьми, который при этом можно проявить в предложенной обстановке, у нее не наблюдается.

Мы также можем задуматься о том, кто этот «дядя Федор», может ли он быть отцом, который несет в себе угрожающую часть для слияния с матерью.

- В ходе тестирования была также использована сказка «Новость».

Цель: рассказывается для выявления у ребенка неоправданной тревожности или страха, а также невысказанных желаний и ожиданий, о существовании которых родные могут не подозревать. «Одна девочка возвращается с прогулки, и мама ей говорит: «Наконец-то ты пришла. Я должна сообщить тебе одну новость». Какую новость хочет сообщить ей мама?»

Маша отреагировала сообщением, что мама скажет, что девочка должна остаться одна дома, а мама уйти в магазин. И девочке страшно. Данный вариант ответа говорит о нарушении доверия у Маши к матери, и негативных ожиданиях от нее в виде оставления в одиночестве.

- Также Маше была рассказана неоконченная сказка «Страх», целью которой является выявление наличия страхов у ребенка. «Одна девочка как-то раз сказал себе тихо-тихо: «Как страшно!» Чего она боится?» Маша сказала, что девочка боится, потому что она заснула и ей приснился ужасный сон. Как будто спал монстр, а девочка его разбудила. И она скорее проснулась, а монстр сказал «постой, девочка», а она уже открыла глаза. Данный вариант ответа говорит о том, что Маша находится в напряжении, и не ощущает себя в безопасности.

Спасающей фигуры в этой истории не наблюдается, что подчеркивает, что Маша не воспринимает родителей или бабушку, как гарантов своей безопасности. Это может быть связано как с ранней фиксацией на оральной стадии развития (около 2-х месяцев) – а именно, с нарушением процесса формирования базового доверия к миру в ранних отношениях с матерью, так и с ситуацией развода и агрессивным поведением родителей по отношению друг к другу и к ребенку.

Также этот вариант ответа указывает на повышенную тревожность Маши, связанную именно с актуальной ситуацией – девочка из рассказа едва успела спастись.

6. Выводы.

Выводами первичного психологического заключения согласно поставленным задачам исследования являются:

- У девочки наблюдается повышенная тревожность и гиперактивность (двигательная расторможенность и моторная неловкость), отсутствие базового доверия к миру, недифференцированная агрессия, страхи и чувство вины по поводу ситуации развода.

- Выявлена незрелость психического развития ребенка (при сохранности интеллекта), фиксация на ранних стадиях формирования психики, что затрудняет возрастную и социальную адаптацию к новым задачам (школа, установление дружеских социальных связей, сепарация от матери).

- К матери выявлено отношение по типу слияния (ребенок не способен опираться на мать, как на сильного взрослого и фрустрирован этим, при этом девочка не ощущает границ между собственной личностью и образом матери, а фигуру матери бессознательно путает с фигурой бабушки) – что дополнительно свидетельствует о незрелости психики.

- К отцу выявлено амбивалентное отношение – девочка испытывает к нему и любовь и страх, что предположительно связано как с реальной агрессией отца, так и с опасным образом мужского, презентуемым матерью. Информация о сексуально-окрашенном поведении отца либо абьюз не нашла своего подтверждения в заданных рамках исследования, что не исключает указанного.

Страхи и тревога ребенка связаны как с ситуацией развода, когда родители демонстрируют агрессию друг к другу, втягивая в конфликт ребенка, так и с особенностями развития. Мир девочки под угрозой, а ее чувства никто не называет и не может разделить, и без помощи взрослых ей трудно справляться с текущей ситуацией.

Причиной указанных сложностей является не только текущий семейный конфликт, но и сложившийся в ходе роста и развития ребенка климат внутри семьи и отношения, а также недостаточно развитая способность семьи устанавливать и выдерживать межличностные границы, и организовывать диалог.

7. Рекомендации.

1. Разрешение конфликта родителей с помощью соответствующих специалистов, достижение взаимного согласия по ситуации развода, сообщение ребенку о достигнутом согласии, демонстрация родителями взаимного уважения.

2. Установление договоренностей по поводу правил в семье, касающихся Марии, и одинаковое соблюдение правил всеми членами семьи, в том числе и бабушкой, участвующей в воспитании Марии. В

случае если с бабушкой договориться не удастся, рекомендована помощь спокойной и устойчивой няни, готовой выполнять общие правила семьи.

3. Также обоим родителям вместе необходимо в спокойной обстановке простыми словами рассказать дочери о том, что означает развод, что родители навсегда останутся ее родителями, хотя их отношения как мужчины и женщины завершены. Марии важно знать, с кем она останется жить, а также как и когда она будет видеться с другим родителем, и быть уверенной, что отношения ее родителей как мужчины и женщины – ее, как ребенка, не касаются.

4. Коррекция воспитательных приемов, применяемых родителями. Устранение насилия в отношении к ребенку или другим членам семьи. Повышение способности к уважительному диалогу. Отказ от вовлечения ребенка в отношения родителей и других взрослых между собой.

5. Устранение перевозбуждения ребенка, а именно, обеспечение сна девочки в отдельной комнате без присутствия взрослых, отказ от совместного сна или нахождения в постели с любым из родителей, отказ отца от поцелуев дочери в губы, и прочих эротизированных действий со стороны взрослых, пояснение для Марии, что ее тело принадлежит ей и никто не вправе ее трогать или обнимать, если она не хочет. Исключением являются случаи экстренной медпомощи.

6. Рекомендован курс психологического консультирования родителя, с кем проживает ребенок либо обоих родителей – по возможности. Возможной целью может стать прояснение межличностных границ внутри семьи, прояснение чувств друг друга и нахождение новых способов их выражения, одновременно с повышением способности выносить тяжелые чувства, и поддерживать ребенка в таких переживаниях.

7. Рекомендована длительная психокоррекционная работа с девочкой согласно выявленным потребностям психики. Возможной целью может стать развитие психического аппарата до возрастной нормы, снятие соматических симптомов и тревоги, перечисленных ранее, повышение адаптации к школьным нагрузкам и установление дружеских контактов и связей вне дома.

Составил: Психолог Правозащитного Центра «Покров»

Схема нейропсихологического заключения

(Е. Д. Хомская «Нейропсихология» изд. МГУ 1987г.)

1. Характеристика личности больного
2. Дополнения к анамнезу (динамика развития отдельных психологических симптомов)

3. Данные экспериментально-психологического исследования:
- * Характеристики внимания
 - * Состояние гностических процессов
 - * Состояние праксиса (пальцевого праксиса позы (кинестетического), пространственного, динамического, орального)
 - * Характеристика речевых процессов (устная, письменная речь, чтение)
 - * Характеристика счета
 - * Характеристика памяти
 - * Характеристика интеллектуальной деятельности
 - * Характеристика эмоциональных реакций
4. Оценка полученных данных. Характеристика синдрома. Указание на локализацию поражения.

Развернутая схема нейропсихологического заключения
(по материалам лекций на кафедре клинической психологии МПСИ)

Часть 1

Число, возраст. Ф.И.О. пациента.

Общая характеристика пациента: указывается степень ориентированности в месте, времени, собственной личности (в соотношении с биографическими данными). Описывается поведение пациента в процессе обследования, личностные проявления. В заключении психолог отмечает характер мотивированности обследуемого, заинтересованности в обследовании, отношение, как к самому обследованию, так и к его результатам, чувство дистанции, контактность, адекватность поведения в ситуации обследования. По материалам беседы следует добавить отношение пациента к своей болезни и критичность к своему состоянию. Подробно описать жалобы обратившегося на нарушения психических функций: память, внимание, речь, слух, зрение, на нарушение эмоций и т.д., или отметить их отсутствие. Необходимо описать характер понимания и удерживания инструкций.

Характеристики деятельности пациента: устойчивость, темп, качество (импульсивность, инертность, ригидность и т.д.) Критичность к результатам выполнения проб. Качество произвольной регуляции деятельности.

Характеристики работоспособности: колебания, проявления усталости, изменение темповых характеристик деятельности.

Данные обследования профиля латеральной организации (ПЛО). Левшество явное, скрытое, парциальное, амбидекстрия.

Часть 2

Описываются все виды исследованных функций (по 1-2 предложения, отразить характер ошибок, степень выраженности наруше-

ния). В случае сохранности функций отмечается факт того, что нарушение не выявлено.

Зрительный гнозис, зрительно-пространственный, слуховой гнозис (речевой, неречевой), тактильный гнозис, соматосенсорный гнозис, восприятие эмоций, динамический праксис, реципрокная координация, кинестетический праксис (праксис позы), оральный праксис, пространственный праксис позы, слухо-моторные координации.

Описываются особенности познавательных процессов: мнестических (модально-неспецифической, зрительной, слухоречевой памяти, память на эмоциональные лица), внимания, интеллектуальных процессов.

Особенности экспрессивной и импрессивной речи, письма, чтения, счета.

Часть 3

Оценка полученных данных и выявленных факторов, определяющих структуру нарушений. Описывается выявленный синдром нарушений ВПФ. Проводится количественный и качественный анализ результатов.

Часть 4

Заключение о локализации патологического процесса. Постановка нейропсихологического диагноза, отражающего и локальность (диффузность) повреждений, степень выраженности (дефицитарность, снижение функций, выраженная дисфункция, грубые нарушения со стороны выявленных структур мозга). Отмечаются заинтересованные в патологическом процессе и относительно интактные (сохранные) структуры мозга. Возможно указание на дефицитарность функций одного из полушарий.

При составлении заключений обычно развернуто представлена 1 часть.

2 и 3 части иногда описывают в виде нейропсихологического синдрома по выявленным дефицитарным факторам, блокам мозга.

4 часть может содержать рекомендации для пациента

Иногда для более глубокого понимания структуры дефекта и особенностей психической деятельности бывает необходимо провести дополнительное целенаправленное обследование. В таких случаях возможен вариант обследования со специальным подбором методик, в зависимости от поставленной задачи и цели. Методики подбираются с учетом результатов ранее проведенных обследований. В заключении по результатам дополнительного обследования указывается цель обследования, использованные пробы и отражается характер выявленных нарушений в соответствии с поставленной задачей.

Образец 1.

Заключение по результатам нейропсихологического обследования (по Н. Я. Семаго, М.М. Семаго, 2002)

А. Г. от 11.01.2005 года.

В процессе обследования А. Г. охотно вступает в контакт. Поведение адекватно ситуации обследования. Пациент проявляет заинтересованность в результатах диагностического эксперимента. Критичен к результатам своей деятельности. О своем состоянии и склонности к приему алкоголя рассказывает с сожалением. Говорит о необходимости самостоятельно справляться с ситуацией. Жалоб на внимание, память, речь не высказывает, хотя в процессе обследования свои трудности замечает, расстраивается при неудачах. Инструкции понимает сразу, при необходимости сосредотачивается, проявляет старательность. Работоспособность высокая в процессе всего обследования. Темп деятельности замедлен, истощаемости, колебаний внимания и тонуса психической деятельности не выявляется.

В процессе обследования выявляется дефицитарность практически всех корковых функций в различной степени выраженности.

При выполнении практически всех проб отмечается тенденция к упрощению инструкции, импульсивность при выполнении заданий, искажение инструкции (неточное выполнение, игнорировании части инструкции).

Характерной особенностью при выполнении проб являются трудности формирования и удержания программы (алгоритма) действия, инертность мышления. Так, при отсчете от 100 по 7 дважды останавливает себя фразой: «Ой, я уже по 9 отнимаю (после числа 79), я уже по 14 начал отнимать (после числа 34)». Ошибки замечает и исправляет самостоятельно.

При выполнении проб, требующих усвоения последовательности движений отмечаются трудности в начале выполнения пробы. Сосредоточение и замедление темпа (усиление функций контроля и регуляции деятельности), способствует компенсации трудностей.

Указанные нарушения характерны для дефицитарности функций лобных долей мозга.

Дефицитарность зрительного гнозиса проявляется при выполнении максимально сенсibilизированных проб, в более простых пробах проявлений нарушений не наблюдается. Данный факт свидетельствует о слабо выраженной функциональной недостаточности затылочных зон мозга.

Отмечается выраженная недостаточность оптико-пространственных функций, наиболее выраженных в конструктивном праксисе, недостаточность соматопространственных функций и понимания

сложных лингвистических конструкций. Данные нарушения свидетельствуют о недостаточности функций теменно-височно-затылочных отделов головного мозга.

Отмечаются незначительно выраженная дефицитарность фонематического восприятия и снижение объема слухоречевой памяти, слабость удержания речевых следов в памяти. Выявленные нарушения характерны для дефицитарности височных отделов левого полушария головного мозга.

Отмечаются слабовыраженное снижение функций тактильного гнозиса, нарушения графостезических функций, более выраженных справа.

Описанные нарушения свидетельствуют о диффузном снижении корковых функций, при этом выраженность нарушений несколько снизилась по сравнению с обследованием, проведенным в 2004 году.

Высшие корковые функции Кол-во сырых баллов, набранных при выполнении проб 26.02.04 11.01.05

Контроль, регуляция и программирование (лобные доли) 8 6

Пространственные функции (ТРО) 5 3

Конструктивный праксис (ТРО) 11 8

Зрительно-пространственный гнозис (ТРО) 5 4

Слухоречевые функции (височные доли Л.П.) 6 6

Зрительный гнозис 7 5

Улучшения отмечаются в первую очередь за счет улучшения функций третичных зон мозга: функций контроля над протеканием психической деятельности, функций зрительно-пространственного анализа и синтеза.

Важно отметить, что пациент имеет техническое образование и долгое время занимал руководящие посты.

Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога М 2000;

А. В. Семенович «Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте», М. 2002.

3. Организация коррекционной и психотерапевтической работы в условиях амбулаторной соматической клиники

3.1. Работа с внутренней картиной болезни и преодоление медицинского стресса у детей

В режиме краткосрочной психологической помощи коррекционные мероприятия включают несколько этапов.

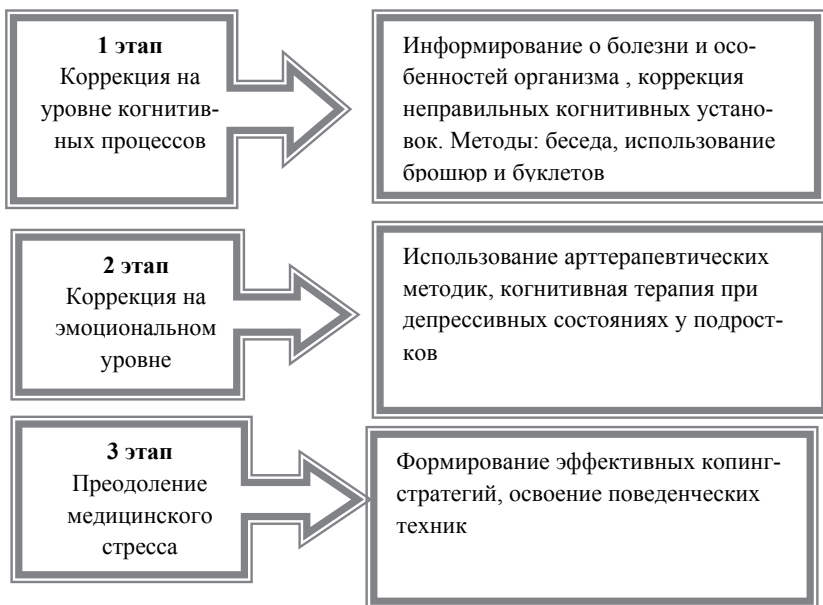


Рис. 4. Этапы психокоррекционной работы медицинского психолога

Результаты коррекционных мероприятий фиксируются в документации психолога (см. приложение 10).

Примерное содержание работы психолога по информированию ребенка о его состоянии

Информирование ребенка об особенностях его болезни должно учитывать уровень его интеллектуального функционирования. Иначе говоря, информацию ребенку необходимо давать в той форме, которая доступна его восприятию (вербально-образной, в картинках или комиксах, с использованием упрощенных научных данных для подростков).

Информирование включает следующие разделы:

1. Знания о строении собственного тела, работе внутренних органов.
2. Формирование представлений о здоровье.
3. Знания о болезни, ее причинах, знания о выздоровлении и смерти (по мере возможности к восприятию этих явлений).
4. Представление о влиянии лекарственных средств на работу организма.
5. Понимание роли медицинского персонала.

Рекомендации по информированию ребенка о тяжелом заболевании (по материалам «Talking With Your Child About Cancer»)

1. Кто должен говорить с ребенком о болезни?

Основную информацию может донести близкий взрослый, но только в том случае, если он не находится в актуальном стрессе. Информирование зависит также от тяжести заболевания ребенка. Ответ на этот вопрос будет в разных семьях разным. Он зависит от взаимоотношений с ребенком. Может быть, Вы решите сказать ребенку все сами или попросите врача разъяснить ребенку его болезнь. В любом случае, Вы или кто-то, кто близок с ребенком, должны быть рядом, чтобы поддержать, ободрить его, выразить свою любовь.

Если Вы решите поговорить с ребенком сами, обсудите предварительно все с кем-то, кто сможет помочь вам решить, что и как лучше сказать. Вам могут дать хорошие советы врач, лечащий Вашего ребенка, медицинская сестра или психолог. Бывает полезно предварительно обсудить эти вопросы с родителями других детей с ОВЗ.

2. Когда говорить?

Поскольку родителям лучше, чем кому-либо, известны особенности ребенка, его настроение, то именно они лучше всех смогут решить, когда лучше всего рассказать ребенку о болезни. Возможно, рассказывать ему все сразу не стоит.

3. Что надо сказать?

Количество информации и то, как Вы будете говорить ребенку о болезни, зависит от его возраста и интеллектуального развития. Но всегда лучше мягкий, открытый и честный разговор. Мы предлагаем Вам общие представления о связи возраста и уровня понимания, но ориентироваться надо на Вашего конкретного ребенка. Его понимание может быть иным, чем предлагаемое нами. Следовательно, Вам необходимо быть очень внимательным к тому, что сам ребенок думает и понимает о своей болезни, какие вопросы интересуют его в первую очередь.

4. Учет возраста ребенка при информировании

От рождения до двух лет

Дети в возрасте до двух лет не в состоянии понять, какое заболевание у него, чем ему грозит. Для них важны непосредственно происходящие события, например, разлука с родителями. Дети, которым исполнился год, уже обращают внимание на то, что происходит вокруг них, и пытаются влиять на это. Они беспокоятся из-за обследований и процедур, плачут и пытаются убежать. Ребенок старше 18 месяцев уже готов к тому, чтобы понять, что происходит вокруг него. Ребенка уже можно предупредить о том, что медицинские процедуры могут быть болезненные. Скажите, например, что, когда делают укол, больно только один момент и плакать при этом можно, дайте ему понять, что Вы знаете о его переживаниях и принимаете их. Такие объяснения укрепят его доверие к Вам. Ребенку с заболеванием важно позволить в какой-то мере контролировать происходящее, если этот контроль не мешает лечению. Например, если ему надо выпить лекарство, то хорошо, если он сам выберет, чем его запивать – яблочным или виноградным соком.

От двух до семи лет

Дети в возрасте от двух до семи лет в состоянии лучше осознать свою болезнь. Обычно они понимают происходящее с одной точки зрения – своей собственной. Они представляют, что мир вращается вокруг них. Дети в этом возрасте склонны классифицировать события по одному признаку, и их представление о болезни связано с каким-то специфическим событием, например, с тем, что им приходится лежать в постели или их поят куриным бульоном. В этот период дети часто думают, что причиной их болезни был какой-то поступок и что выздоровление придет само собой или благодаря выполнению ряда специфических правил.

Ребенка этого возраста необходимо успокоить тем, что ничего им сделанное или не сделанное, не могло быть причиной болезни, и что ни болезнь, ни лечение не являются наказанием за какие-то ошибки. Ему также важно честно и реалистично объяснить все медицинские процедуры и еще раз напомнить, что они не являются наказанием.

Очень важно дать простые разъяснения относительно самой болезни. Полезными при объяснении диагноза могут быть истории, которые устанавливают связь между современным пониманием природы онкологических заболеваний и представлениями, доступными ребенку. Хорошо, если эти объяснения будут специально приспособлены к различным типам детских онкологических заболеваний (лейкоз, рак, саркома и т.д.). Например, в возрасте от двух до семи лет формируются представления о добре и зле, и дети могут понять болезнь как битву

между «хорошими» и «плохими» клетками. Тогда при приеме лекарств «хорошие» клетки становятся сильнее и бьют «плохих».

От семи до двенадцати лет и старше

Дети от 7 до 12 лет в состоянии осознать взаимосвязь между несколькими событиями, то есть они могут осознать болезнь как комбинацию симптомов. Реже они предполагают, что их болезнь результат каких-то проступков. Они уже понимают, что необходимо принимать лекарства и делать то, что говорит врач.

Таким детям можно дать более подробные разъяснения сути заболеваний, но, все-таки, необходимо говорить на доступном языке и использовать сравнения.

Многие дети старше 12 лет в состоянии понять совокупность взаимоотношений между событиями. Поэтому в наших разъяснениях нет необходимости опираться только на их личный опыт: подростки в состоянии обдумать ситуацию, не похожую ни на что ими до этого пережитое. Дети этой возрастной группы могут определять болезнь не только через специфические симптомы и ограничения в обычных ежедневных занятиях, они также могут понять причины этих симптомов. Пациенты в состоянии понять, что эти симптомы являются результатом того, что измененные клетки нарушили нормальное функционирование их организма, растут быстрее нормальных и внедряются в другие части тела

5. Будьте готовы к общению

Ваше общение с ребенком по поводу его заболевания подобно самому лечению – это процесс, который проходит через различные фазы. По мере того, как Вы вместе проходите через все эти этапы, продолжает формироваться его сознание, растет его интеллектуальный уровень, и он задает все более сложные вопросы. Если Вы и раньше были готовы к обсуждению с ним его болезни, это очень поможет Вашему ребенку сейчас и укрепит взаимоотношения между вами в будущем.

Временами Вы в присутствии ребенка можете испытывать очень сильные чувства и стараться скрыть их. Понятно, что родители не хотят обременять детей своими собственными страхами, гневом или печалью. Но дети в состоянии осознать, что их родители чувствуют. Фактически и дети, стремясь защищать родителей, могут скрывать от них свои чувства, собственные переживания. Если кажется, что Ваши переживания влияют на взаимоотношения, то полезно поговорить с ребенком об этом. Расскажите ему, почему Вы грустны, успокойте его, сказав, что не сердитесь на него.

6. Вопросы, которые может задать ребенок

Дети любопытны по своей природе, и они могут задать множество вопросов, связанных с болезнью и лечением. Ребенок ожидает,

что Вы знаете ответы на большинство его вопросов, ведь он доверяет Вам, Вы для него авторитет. Разные дети начинают задавать вопросы в разное время. Некоторые спрашивают сразу, другие – погодя. Предлагаем некоторые вопросы, которые дети часто задают, чтобы Вы могли к ним подготовиться.

«Почему Я?»

Задумываясь о причинах болезни, ребенок может предполагать, что она явилась результатом каких-то его поступков. Необходимо честно сказать, что никто не знает, почему именно он заболел, что причиной болезни не могло быть ничего им сделанное, и никто не мог его заразить.

«Почему Я должен принимать лекарства, когда Я чувствую себя хорошо?»

Часто дети связывают принятие лекарств с плохим самочувствием и удивляются, если нужно принимать лекарства и при хорошем. Отвечая на подобный вопрос, можно, например, объяснить, что в тот период, когда он хорошо себя чувствует и не видит признаков болезни, его «плохие» клетки могут скрываться. И необходимо продолжать лечение до тех пор, пока он совершенно не избавится от «плохих» клеток.

«Что Я скажу ребятам?»

Детей с заболеваниями может очень тревожить ожидание реакции на их болезнь друзей, классного руководителя. Это особенно беспокоит их, если они подолгу отсутствуют в школе или, если их внешность изменилась в худшую сторону. Важно поощрять ребенка сохранять близкие отношения с друзьями и классным руководителем, чтобы он прямо и откровенно говорил с ними о своей болезни, об особенностях лечения и обсуждал с ними, что происходило в то время, когда он не приходил в школу. Необходимо помнить, что детский возраст – важный период в формировании личности и характера человека, поэтому важно обратить его внимание на следующее: во-первых, болезнь не сделала его иным человеком по сравнению с тем, каким он был раньше; во-вторых, не надо обращать внимания на некоторых людей, независимо от того, что они говорят, поскольку они мало знают о заболеваниях и не стремятся узнать больше; в-третьих, те люди, которые действительно являются его друзьями, останутся его друзьями вопреки любым разговорам.

«Смогу Я делать то, что мог раньше?»

Ответы на этот вопрос индивидуальны и зависят от типа заболевания и характера лечения. В большинстве случаев вашему ребенку будут необходимы некоторые ограничения в разные периоды лечения. Когда врач или медицинская сестра скажут Вам, что необходимы ограничения, хорошо бы сказать ребенку, почему и как долго они будут

необходимы. Постарайтесь заменить на время лечения один вид деятельности другим, учитывающим неизбежные ограничения. Например, нельзя будет из-за низкого числа тромбоцитов кататься на велосипеде. Пригласите его друзей рисовать или делать еще что-то вместе в доме.

Существует два основных психологических подхода помощи детям справиться со стрессовыми медицинскими процедурами, хронической и возвратной болью: обеспечение информацией и тренировка умения справляться с болью и стрессом. Предоставление информации включает вербальные объяснения и демонстрацию, а также представление модели процедуры, что снижет беспокойство, потому что процедура становится более предсказуемой.

Примерное содержание работы по воздействию на эмоциональные компоненты внутренней картины болезни

Целью данной работы всегда является углублённое самопознание, освоение новых видов деятельности и способов поведения в неизвестной ситуации. Представленные ниже техники относятся к инструментам работы с глубинным бессознательным и используются в контексте аналитической и экзистенциальной арт-терапии.

1. Взаимодействие с бумагой

Используя бумагу, создайте объёмную композицию или скульптуру. Можно пользоваться ножницами, клеем, скотчем и пр. Варьировать это задание можно как тематически, так и инструментально, например:

- передавайте по кругу лист бумаги и пусть участники делают с ним всё, что захочется (мять, рвать, вырезать, склеивать и пр.);
- создайте или вырежьте фигурки из бумаги и обыграйте рассказ, историю;
- используйте для создания композиции туалетную бумагу;
- используйте для создания композиции обёрточную бумагу, картон (гофрированный, цветной и пр.), пакеты, коробки, обёртки от конфет и пр.
- используйте для создания объёмной композиции газеты, журналы.

2. Рисунок на мятой бумаге

Используйте в качестве основы для рисунка мятую бумагу. Предварительно изомните её хорошенько и настройтесь на работу. Рисовать при этом можно красками или карандашами (мелом), можно оборвать края рисунка, оформив его в виде овала, круга и т.д.

3. Рисование на мокрой бумаге

Намочите лист бумаги и нанесите с помощью акварели (либо порошка) рисунок, можно использовать распылитель. Следует поэкс-

периментировать с цветами, наблюдать, как они смешиваются, растекаются, и замечать, какие чувства возникают при этом. Потом можно попробовать трансформировать узоры в образы, дать им названия. Возможно групповое взаимодействие, обмен впечатлениями.

4. Эксперименты с цветом

- Используя один цвет, попытайтесь, изображая им разные формы и линии, исследовать его смысловые значения.

- Выберите цвета, которые Вам наиболее или наименее предпочтительны в данный момент: те, что отражают Ваши положительные и негативные стороны характера.

- Подберите два или три цвета, составляющие гармоничную группу.

- Выберите два цвета привлекательные для Вас и непривлекательные, создайте изображение; создайте два рисунка – один из приятных цветов, другой из неприятных Вам.

- Создайте рисунок из нейтрализующих Ваши негативные переживания цветов.

- Используя большую кисть, с закрытыми глазами создайте изображение на листе или закрасьте его, попытайтесь увидеть образ или оценить особенности изображения. Затем, то же самое, используя другой цвет.

- Создайте серию рисунков на бумаге разных оттенков.

5. Контрасты

Постарайтесь создать рисунок, используя контрастные цвета, формы и стили в одной композиции. Сознательно меняйте стратегию на противоположную, используя все известные Вам контрасты в изображении и путях его создания.

6. Каракули

Свободно водя по листу бумаги карандашом, нарисуйте каракули без какой-либо цели и замысла и передайте партнёру, который должен будет создать из них образ и развить его.

Варианты:

- затем поменяйтесь с партнёром трансформированными каракулями и попытайтесь продолжить рисунок, не нарушая нарисованное им, затем обсудите вместе Ваши ассоциации, связанные с рисунками друг друга;

- после завершения рисунка, на основе каракулей сочините рассказ;

- выразите в словах свои чувства и ассоциации, возникшие при восприятии каракулей партнёра;

- размашистыми движениями различных частей тела создайте каракули на большом листе (ватмане, оборотной стороной обоев),

можно закрыть глаза. После завершения найдите в изображённом образ и развейте его.

7. Монотипии

Создайте изображение густыми красками на стекле, а затем отпечатайте рисунок на бумагу, рассмотрите образы, развейте их, обсудите в группе, дайте обратную связь другим участникам.

8. Отпечатки

Используйте любые предметы и поверхности для изготовления рисунка из их отпечатков. Предметы могут быть найденными на природе, принесёнными участниками группы из дома, найденными в аудитории для занятий, отпечатки частей тела и элементов одежды, аксессуаров и пр.

9. Техника раздувания краски

Нанесите на лист бумаги водорастворимую краску с большим количеством воды, используйте различные сочетания цветов, в самом конце работы раздуйте через тонкую трубочку цветные пятна, образуя капельки, разбрызгивания и смешения цветов в причудливые каракули и кляксы; постарайтесь увидеть образ и развейте его.

10. Чернильные пятна и бабочки

Капните чернилами на тонкую бумагу и сверните лист трубочкой или сложите пополам, разверните лист и преобразуйте увиденный образ. Обсудите результаты работы в группе, найдите наиболее понравившиеся Вам изображения других участников.

11. Вымешивание красок

С помощью смешивания густых красок создайте интересные Вам оттенки и сочетания, экспериментируйте с количеством и цветом смешиваемых красок. Из получившихся оттенков создайте изображение. Вариантом может быть смешивание большого количества краски прямо на поверхности листа.

12. Рисунок угольными мелками

Для создания изображения используйте угольные мелки, используя все возможности этого изобразительного материала. Можно использовать для работы большие форматы бумаги. Используйте уголь вместе с цветными карандашами или восковыми мелками. Обсудите ощущения и чувства, возникающие во время работы и её результаты.

Примеры организации и содержания психокоррекционной и психотерапевтической работы для преодоления медицинского стресса у детей

Антистрессовые методики включают различные поведенческие и нейropsychологические техники, такие как глубокое дыхание, отвлечение внимания, расслабление мышц, рассеянное воображение, эмоциональное воображение и репетиция поведения.

Например, детей могут попросить представить себя супергероями при проверке их стойкости. Детей поощряют узнавать особые стрессоры, связанные с их болезнью, например, делать уколы самому себе и изучать пути, как справляться с этими стрессорами и предупреждать возможную тревожность или ухудшение состояния. Родители могут выступать в роли репетиторов и помогать своим детям укреплять навыки по приспособлению дома и в клинике.

Наиболее популярные методы релаксации

1. *Прогрессирующая релаксация мышц.* Это прекрасный способ снять стресс. Релаксация достигается путем напряжения и последующего расслабления различных групп мышц тела.

- Лицо – попросите ребенка наморщить нос и лоб, будто он нюхает что-то неприятное, а затем расслабить лицо. Повторить три раза.

- Челюсти – попросите ребенка плотно сжать челюсти, будто он собака, которая висит на кости, а затем отпустить воображаемую кость и полностью разомкнуть челюсти. Повторить три раза.

- Руки и плечи – попросите ребенка вытянуть руки перед собой, затем поднять их над головой и потянуться как можно выше. После этого пусть ребенок опустит вниз и расслабит руки. Повторить три раза.

- Кисти рук – пусть ребенок представит, будто он из всех сил сжимает апельсин одной рукой, а затем бросает его на пол и расслабляет кисть и руку. Повторить три раза, а затем выполнить упражнение другой рукой.

- Живот – пусть ребенок ляжет на спину и всего на мгновение максимально напряжет мышцы живота. Затем пусть расслабит живот. Повторить три раза, а затем выполнить это же упражнение стоя.

- Ноги и ступни – попросите ребенка стоя, вдавить пальцы ног в пол, будто он проделывает это с песком на пляже. Пусть поочередно вдавливают каждый палец в пол и расставляет их настолько, чтобы чувствовать напряжение в ногах, а затем расслабит. Повторить три раза.

Выполняя эти упражнения, попросите ребенка наблюдать, как хорошо чувствует себя тело, когда он расслабляет каждую его часть. Цель выполнения этих упражнений заключается в том, чтобы достичь полного расслабления мышц тела.

2. *Физические упражнения.* Физические упражнения – это отличный вид отдыха. Используются с учетом физического самочувствия детей. Активные игры – это те виды упражнений, которые нравятся детям.

3. *Визуализация.* Визуализация также известна как метод визуально управляемых образов. Эта техника использует воображение, чтобы замедлить мозговую деятельность и избавиться от негативных мыслей и тревог. Этот метод особенно эффективен после выполнения прогрессирующей релаксации мышц и позволяет сначала расслабить мышцы, а затем успокоить ум. Представление при помощи силы воображения прекрасного, спокойного места – это один из видов визуализации для снижения уровня стресса, доступный почти любому ребенку. Также может быть полезна цветовая визуализация, ей легко обучить ребенка.

- Попросите ребенка представить в воображении любимый цвет, который заставляет его чувствовать себя спокойно и безопасно.

- Пусть он представит, что «вдыхает» этот цвет в себя и распространяет его по всему телу вместе с выдохом.

- Пусть ребенок продолжает визуализировать, пока не наполнится этим особым расслабляющим цветом.

Вместо цвета можно использовать успокаивающий звук, особенный аромат или чувство тепла или света.

4. *Смех.* Смех – это прекрасный способ снять стресс и помочь организму расслабиться.

Вот несколько способов заставить ребенка смеяться:

- рассказывайте анекдоты;
- корчите рожицы по очереди;
- смотрите смешные мультфильмы;

5. *Растяжка.* Растяжка снимает накопленное напряжение в мышцах. Научите ребенка аккуратно растягивать каждую группу мышц и чувствовать при этом, как они постепенно расслабляются.

6. *Музыка.* Прослушивание успокаивающей музыки может помочь ребенку сосредоточиться. Даже очень маленькие дети могут наслаждаться расслабляющей классической музыкой.

7. *Объятия.* Поощряйте ребенка, когда он прижимает к себе домашнего питомца или обнимает любимого человека. Такое взаимодействие снижает кровяное давление и уменьшает количество гормонов стресса.

8. *Напряжение пальцев ног.* Напряжение пальцев ног снимает напряжение остальной части тела. Это простое упражнение следует повторять по десять раз в одном подходе.

- Лягте на спину и почувствуйте пальцы ног.
- С помощью мышц согните все десять пальцев ног в направлении лица и считайте до десяти.
- Расслабьте пальцы и посчитайте до десяти.

3.2. Преодоление психологических факторов соматических заболеваний у детей и подростков

Основной механизм психосоматических расстройств у детей – это дефицит эмоциональных и социально-поведенческих ресурсов сопротивления проблемным жизненным ситуациям. В соответствии с этим в работе психолога дифференцируются два направления:

1. Работа с эмоциональной сферой.
2. Работа с социальным интеллектом.

Основная цель терапии – формирование у детей навыков адаптации к социальной среде, навыков, которые не просто кратковременно устраняют проблемы в поведении, а облегчают долговременную адаптацию.

С учетом краткосрочности психологического воздействия в условиях амбулаторной клиники психолог сосредотачивает внимание на ослабление симптомов.

Взаимосвязанная совокупность физических, поведенческих, социальных и учебных проблем, которая характерна для большинства детских нарушений, требует мультидисциплинарного подхода для решения задач лечения и профилактики.

Некоторым пациентам для успешного решения коррекционных и психотерапевтических задач требуется вмешательство со стороны общественных и социальных служб, для их защиты и удовлетворения основных нужд.

Работа с эмоциональной сферой

Пример психотерапевтической сессии при психосоматических расстройствах (групповое занятие для детей младшего школьного возраста и подросткового возраста)

В структуре арт-терапевтического занятия выделяются две основные части. Одна – невербальная, творческая, неструктурированная. Основное средство самовыражения — изобразительная деятельность (рисунок, живопись). Используются разнообразные механизмы невербального самовыражения и визуальной коммуникации (70 % сессии)

Другая часть — вербальная, апперцептивная и формально более структурированная. Она предполагает словесное обсуждение проделанной работы и её результатов, обратную связь от участников и ведущего по поводу и возникших впечатлений, ассоциаций от восприятия нарисованного (созданного) и всего процесса работы (30 % сессии).

Упражнения для арт-терапевтической сессии стоит подбирать с учётом её оптимальной структуры, которая включает несколько этапов:

1. Настрой (разминка, включение в работу, граница, оформляющая её начало);
2. Актуализация визуальных, аудиальных, кинестетических ощущений;
3. Индивидуальная изобразительная деятельность;
4. Вербализация (коммуникация);
5. Коллективная работа в парах, малых группах (театрализация, ритуальная драматизация);
6. Рефлексивный анализ.

Упражнения для знакомства.

Этими упражнениями начинается работа новой группы, а также новая сессия. Наряду с определением целей работы участников, знакомство является обязательным условием успешной групповой работы, позволяет установить доверительные отношения между её членами, снять напряжение, включиться в работу и настроиться на творческий процесс, рефлексия.

1. Рисунок себя

Задача этого упражнения – представить себя группе, не прибегая к словам. Это может быть:

- иллюстрация Вашего образа жизни;
- Ваши ценности и интересы;
- Ваше мироощущение;
- метафора, отражающая Вас в целом.

2. Интервью-презентация

Упражнение выполняется в парах, тройках, малых группах. Инструкция: попросите партнёра рассказать о его жизни, интересах, планах и т.д., а затем изобразите на рисунке то, что он Вам рассказал. Обсуждение, обратная связь группы.

3. Первые впечатления

Расслабьтесь и посмотрите на партнера. На общем листе бумаги изобразите поочередно любые элементы внешнего облика партнера, на которых останавливается Ваш взгляд, не отрывая карандаша от бумаги. Обсудите созданные рисунки. Варианты: поочередно рисуя в абстрактной манере, постарайтесь передать свои первые мысли и впечатления, связанные с партнером, передайте свои впечатления, связанные с партнером, используя один цвет и одну форму, нарисуйте, каким Вы представляется партнеру, нарисуйте портреты друг друга, а под ними запишите свои впечатления друг о друге.

Упражнения для индивидуальной работы

1. Рисунок состояния

Цель: Этим упражнением целесообразно начинать занятия в группах терапии искусством. Оно стимулирует творчество и осознание чувств, помогает членам группы лучше познакомиться друг с другом. Также оно может служить диагностическим материалом и использоваться в конце сессии для анализа изменений.

Материалы: Бумага, цветные карандаши, мел, краски.

Инструкция для участников: Каждый член группы имеет в своем распоряжении большое количество бумаги и краски, цветные карандаши, мелки. Используйте одну-две минуты, чтоб осознать ощущения и чувства, которые возникают в этот момент. Забудьте об искусстве и не старайтесь быть художником. Возьмите карандаш и начните наносить какие-нибудь штрихи на бумагу. Рисуйте цветные линии и формы, говорящие о том, как Вы себя чувствуете. Попробуйте символически выразить свое состояние в данный момент. Не заставляйте себя рисовать что-то определенное и высокохудожественное. Рисуйте то, что приходит в голову. Когда все члены группы закончат задание, группа может поделиться впечатлениями о каждом рисунке, никак его не оценивая.

В качестве варианта попробуйте другие материалы, например, глину. В любом случае доверяйте своим внутренним ощущениям и старайтесь в своей работе обнаружить информацию для себя.

2. Коллаж

Цель: раскрытие потенциальных возможностей человека, предполагает большую степень свободы, является эффективным методом работы с личностью, опирается на положительные эмоциональные переживания, связанные с процессом творчества. Кроме того, при изготовлении коллажа не возникает напряжения, связанного с отсутствием у участников художественных способностей, эта техника позволяет каждому получить успешный результат. Коллажирование позволяет определить существующее на данный момент психологическое состояние человека, выявить актуальное содержание его самосознания, личностные переживания.

Эффективным является включение в коллаж рисунков, личных фотографий участников, авторами которых они являются, либо на которых они запечатлены, а также использование коллажа в перформансе и инсталляции.

Тема для создания коллажа может быть разной в зависимости от потребностей группы («тело», «я», «прошлое-настоящее-будущее» и многое другое)

Материалом для коллажа могут служить глянцевые журналы, разнообразные изображения, фотографии, природные материалы, предметы, изготовленные или преобразованные его создателями.

Инструкция: вырежьте из журналов фигуры людей, животных и пр., а затем оформите их в композицию. С элементами можно делать всё, что угодно, можно дополнить работу надписями, комментариями, закрасить и декорировать пустоты, быть конкретным или абстрактным.

Анализ коллажа: расположение элементов на листе, размер элементов, их расположение относительно других элементов, основания выбора того или иного элемента, элементы пристраиваются друг к другу, дополняют общую идею коллажа, прослеживается общий сюжет.

3. Работа с глиной

Используйте глину для выражения актуальных в данный момент переживаний. Это может быть: тактильное освоение глины, сжимание, разглаживание, разрывание, формообразование, бросание и пр. Варианты работы:

- Создайте скульптурное изображение, закрыв глаза;
- Создайте отпечатки различных предметов в глине;
- Изготовьте из глины фигурки для тематической групповой композиции;
- Изготовьте различные сосуды из глины;
- Создайте, а затем разрисуйте фигуры из глины;
- Создайте глиняные слепки различных предметов и поверхностей, частей тела;
- Создайте плоскую глиняную маску, раскатав глину валиком, оформите поверхность отпечатками различных текстур (если есть возможность обжига, эту маску потом можно раскрасить);
- Создайте глиняный амулет или оберег.

Работа с социальным интеллектом

В рамках краткосрочной коррекционной работы наиболее эффективным является когнитивно-поведенческий тренинг (Э. Мэш, Д. Вольф)

Данный метод уделяет внимание когнитивным недостаткам и искажениям, проявляемым детьми и подростками с проблемами поведения в социальных ситуациях. Детей обучают идентифицировать собственные мысли, чувства и поведение в проблемных социальных ситуациях при помощи серии из пяти шагов по разрешению проблем.

Проблемная ситуация: Джейсон, один из одноклассников, взял твою игру. Ты хочешь ее вернуть. Что ты сделаешь?

Ступень 1: Что я должен делать?

На этой ступени ребенка просят определить и идентифицировать проблему.

Я хочу получить у Джейсона мою игру.

Ступень 2: Мне надо исследовать все мои возможности.

На этой ступени ребенка просят найти альтернативное решение проблемы.

Я могу ударить его и забрать игру обратно, попросить его отдать игру или сказать моему учителю.

Ступень 3: Мне бы лучше сосредоточиться и сконцентрироваться.

Эта ступень обучает ребенка концентрироваться и оценивать решения, которые приходят ему в голову.

Если я побью его, то у меня будут проблемы. Если я попрошу его, он, может быть, вернет мне ее.

Ступень 4: Мне нужно сделать выбор.

На этой ступени ребенок выбирает решение, кажущееся ему наиболее эффективным.

Я попытаюсь попросить его, и если не получится, я расскажу обо всем учителю.

Ступень 5: Я правильно сделал или совершил ошибку.

На этой последней ступени ребенок оценивает решение: было ли это самое лучшее из имеющихся решений, правильно ли шел процесс разрешения проблем, или ребенок выбрал ошибочное и нежелательное решение (в этом случае пятиступенчатый процесс начинается снова).

Я сделал правильный выбор. У меня не будет проблем. Джейсон и я можем, по-прежнему, остаться друзьями, если он вернет мне мою игру. Если нет, я сделаю все возможное, чтобы вернуть ее назад, прежде чем обращусь за помощью к учителю. Я правильно поступил!

Во время прохождения тренинга терапевт, играющий активную роль в лечении, использует обучение, практику и обратную связь, чтобы помочь детям найти различные возможности справиться с социальными ситуациями, научившись оценивать ситуацию, идентифицировать утверждения о себе и свои реакции, изменить типы атрибуций, которые делаются о поведении других детей, стать более чуткими к их чувствам, предвидеть реакцию других, находить альтернативные и более подходящие решения межличностных проблем и исследовать влияние личного поведения на других и себя.

*Основные элементы тренинга когнитивных навыков
разрешения проблем*

— Уделяется особое внимание мышлению ребенка, хотя поведение, являющееся результатом мышления, также считается важным; детей обучают постепенно разрешать межличностные проблемы.

— Самоподтверждения используются, чтобы направить внимание на аспекты проблемы, ведущие к эффективному решению.

— В терапии используются структурные задания, в том числе игры, школьные задания или рассказы.

— Ребенок учится применять когнитивные навыки разрешения проблем, усваиваемые в подлинных жизненных ситуациях.

— Психолог дает примеры когнитивных процессов в вербальных утверждениях, применяет последовательность утверждений для проблем, подсказывает детям, как применять навыки, предоставляет обратную связь и оценивает правильное их применение.

— В психотерапии сочетаются моделирование, практика, ролевая игра, поведенческие контракты, подкрепление и слабое наказание, такое как потеря очков или призов.

— Уделяется особое внимание расширению решения проблем для повседневной жизни ребенка с помощью домашних заданий. Помимо этого родителей обучают помогать ребенку использовать ступени принятия решений и выполнять домашние задания.

3.3. Рекомендации к проведению психокоррекционной и психотерапевтической работы с ближайшим окружением ребенка

Незрелость психики ребенка предполагает огромную роль родителей в формировании его ВКБ и психосоматических расстройств. Контакт психолога с ближайшим окружением – обязательное условие, необходимое для выздоровления ребенка. Ниже представлены технологии работы с родителями в зависимости от типа их отношения к болезни ребенка.

Таблица 10

*Особенности взаимодействия психолога с родителями
в зависимости от типа их отношения к болезни ребенка*

Тип родителей	Проблемы	Пути преодоления
Первая группа. Импульсивные, отличающиеся нетерпимостью, склонностью к риску, высоким уровнем притязаний. Родители данной группы отказываются принимать ситуа-	Могут оказаться в числе тех, кто ищет нестандартные пути в преодолении проблем их ребенка. Массу энергии тратят на поиск самых лучших врачей, экстрасенсов, различных «травников» и	Чаще всего родители идут на контакт с психологом, но требуют повышенной активности от него и повышенного внимания. Приемлемой тактикой поведения

<p>цию, связанную с болезнью ребенка как трагическую. В стрессовых ситуациях ведут себя активно, в их высказываниях ярко и эмоционально звучит активный протест против неразрешимости самой ситуации</p>	<p>народных целителей. А затем на поиски лучших педагогов, учителей, логопедов. Их могут раздражать недостатки ребенка (внешние, отсутствие опрятности, невладение навыками самообслуживания, наличие навязчивых слов, движений и т.д.), в результате чего к детям с ОВЗ может проявляться необоснованная жестокость (окрик, физическое наказание). Проблемами общения являются также неумение сдерживать свой гнев и раздражение, склонность к участию в ссорах и скандалах; холодность или отстраненность от проблем ребенка при установлении с ним контакта; неравномерный характер применения воспитательных мер: частое использование жестких форм наказания (окрик, подавление личности, избивание)</p>	<p>с такими родителями является информирование их об особенностях ребенка, снабжение их полезной литературой, «насыщение» информацией о разных имеющихся научных подходах. К решению проблем ребенка. В случае агрессивного взаимодействия с ребенком объяснять причины неаккуратности и т.д. Вооружить родителей различными способами коммуникации, полезен психотренинг саморегуляции</p>
<p>Вторая группа. Эта группа объединяет пессимистических лиц. У родителей этой категории выявляется в качестве ведущего переживание, связанное с осознанием неразрешимости</p>	<p>Повышенное чувство вины перед своим ребенком парализует активность матерей и лишает их возможности переорганизованных деформированных взаимоотношений. Возникает</p>	<p>Работа с родителями включает элементы терапии, с целью купирования депрессивных чувств, необходимо раскрыть творческие возможности родителей.</p>

<p>как собственных проблем, так и проблем, связанных с детьми. Любая ситуация в их сознании интерпретируется как безвыходная. Депрессивные настроения могут быть длительными и практически непрекращающимися</p>	<p>коммуникативный барьер между микросоциумом (семьей) и социумом</p>	<p>Изменить взгляд на свою проблему – воспринимать ее не как «крест», а как «особое предназначение»</p>
<p>Третья группа. Родители, входящие в эту группу подвержены сверхконтролю. Их отличительной чертой характера является высокий контроль за собственным поведением, а также умение подчиняться установленным требованиям и правилам.</p> <p>Состояние своего здоровья рассматривают как результат перенесенных переживаний из-за болезни ребенка. К данной группе относятся и те родители, гиперсоциальность личностных установок которых, заставляют их соединять свою судьбу не только с судьбой своего малыша, но и с другими больными</p>	<p>Отсутствует возможность для конструктивного решения проблем, так как родители слишком сосредоточены на себе, пытаются находить те причины болезни ребенка, на которые никак нельзя повлиять и оптимизировать развитие</p>	<p>Вооружить родителей различными способами коммуникации; Научить помогать и поддерживать друг друга; Формирование адекватного представления об общественных процессах и месте «особых» людей в структуре общества; Помочь избавиться от комплекса вины и неполноценности себя и своей семьи</p>
<p>Четвертая группа. В группе тревожных</p>	<p>— пассивная личностная позиция, оправдание соб-</p>	<p>Помочь избавиться от чувства обособ-</p>

<p>семей ведущий тип переживаний – тревожность как константное качество личности. Одновременно этим матерям свойственна высокая чувствительность и подвластность средовым воздействиям, повышенная чуткость к опасности. Ведущей фрустрированной потребностью является потребность в теплой душевной гармонии с близкими людьми. Матери из этой подгруппы отличаются особенно тесным, эмоциональными отношениями со своими больными детьми</p>	<p>ственной бездеятельности в отношении развития ребенка и непонимание того, что некоторые недостатки, возникающие у него, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, а собственной личностной несостоятельности матери;</p> <p>— стремление оградить ребенка от всех проблем, даже от тех, которые он может решить собственными силами;</p> <p>— проявление слабости или инертности при реализации поставленной воспитательной цели;</p> <p>— постоянно тревожный фон настроения, наличие излишних опасений о чем-либо, что, в свою очередь, передается ребенку и может явиться причиной формирования у него невротических черт характера</p>	<p>ленности и брошенности в своем горе; Помочь в формировании адекватной оценки психологического состояния детей; Снятие тревоги и страха отвержения</p>
<p>Пятая группа. Родители с преобладающими ригидными тенденциями отличаются устойчивостью позиций, интересов и личностных установок. Для них характерно выраженное</p>	<p>стремясь осуществлять свою цель; у них проявляется потребность в правдоискательстве, в установлении истинных виновников происшедшего. Восприятие временных</p>	<p>Необходимо выяснить на какой стадии принятия проблемы ребенка находится семья. Возможно есть застревание на этапе отрицания (1 стадии) В этом</p>

чувство соперничества в межличностных отношениях, они стремятся к доминирующей позиции, в высокой эмоциональной захваченности «доминирующей идеей», а также в «застревании» в некоторых случаях на негативных эмоциях и переживаниях, связанных с трудностью реализации этой доминирующей идеи	планов у родителей имеет негативный эмоциональный знак. Наиболее негативно воспринимается прошлое, так как именно тогда получили известие об аномалии малыша и в тот период наиболее остро испытали эмоциональный шок. Но и настоящее воспринимается также негативно. А это еще раз подтверждает, что родители находятся в состоянии хронической депрессии. На будущее смотрят более оптимистично	случае психолог дает медицинскую информацию, которая поможет изменить свой взгляд на необходимость раскрыть творческие возможности родителей
--	---	--

Рекомендации для родителей по формированию оптимальной позиции по отношению к болезни ребенка

Поддержите Вашего ребенка.

Так же как и Вы, ребенок временами чувствует себя неуверенно, беспокойно, у него появляются страхи. Но ребенок не в состоянии сказать о них. Он выражает их в несловесной форме. Как родители, вы знаете, как ребенок ведет себя обычно, поэтому именно вы можете первыми уловить его состояние. Продуманная игра может стать для вас способом помочь ребенку выразить свои страхи и беспокойства и возможностью поддержать и ободрить его. Через рисование, игру с домашними животными или куклами, особенно игру со всякими медицинскими инструментами ребенок может сказать, что он не понимает происходящее, что ему нужно больше вашей любви, что он хочет, чтобы его успокоили.

Некоторым детям очень тяжело выразить свои чувства, что может привести к повторяющимся кошмарам, нарушениям питания, поведенческим проблемам или проявиться в ухудшении успеваемости в школе. У некоторых детей может возвращаться поведение, характерное для более раннего возраста. Они, например, могут начать мочиться в постель или сосать большой палец. Все эти наблюдения важно обсудить с педиатром, медсестрой, школьным психологом.

Важно помнить, что у вас как у родителей, вырабатывается «шестое чувство» в отношении ребенка. Нет необходимости смотреть

на проблемы через его поведение, но нужно помнить, что педиатр, медсестра, школьный психолог и учитель, возможно уже сталкивались с подобной ситуацией и, опираясь на профессиональные знания и опыт, могут помочь вам.

Помните также, что у Вашего ребенка сохраняются все эмоциональные потребности, характерные для его ровесников. Вот некоторые предложения, которые могут помочь успокоить ребенка в тот период, когда ему ставят диагноз онкологического заболевания и лечат его.

1. Напоминайте ему, что болезнь не является результатом какой-то его ошибки и что ни болезнь, ни лечение не подразумевают наказание.

2. Будьте честны и реалистичны в объяснениях болезни, лечения и связанных с ним процедур. Пусть ребенок, если он этого хочет, знает обо всех изменениях в лечении.

3. Никто, включая и Вашего ребенка, не ожидает, что Вы знаете все. Не бойтесь сказать: «Я не знаю».

4. Не бойтесь расспрашивать своего ребенка о том, что он думает. Это не породит у него новых страхов, но даст ему возможность выразить те страхи, которые уже у него есть.

5. Признавайте те чувства, которые испытывает ребенок. Подтвердите ему, что грустить и плакать хорошо, это дает выход его переживаниям.

6. Не допускайте вседозволенности. Хотя в этот период ограничения, которые Вы определяете для ребенка, могут меняться. Несмотря на то, что кажется естественным позволить детям не соблюдать некоторые правила, например, распорядок дня, излишняя снисходительность могут породить у ребенка озабоченность и привести к тому, что он вообразит, будто Вы его просто не замечаете, а значит больше не любите.

7. Позвольте ребенку влиять на то, что с ним происходит, поскольку это безопасно для его здоровья и не мешает лечению. Дайте ему возможность выбора и составляйте расписание лечения с учетом школьных занятий и других его увлечений так, чтобы он имел возможность влиять на ситуацию и расти, несмотря на неизбежность, связанных с лечением.

8. Поощряйте ребенка в том, чтобы он снимал свое беспокойство социально приемлемым образом. Рисуя карандашами или красками, играя с медицинскими инструментами, играя в кукольном театре или участвуя в ролевых играх, ребенок имеет возможность безопасно для себя выразить свои чувства.

9. Поощряйте ребенка открыто говорить о своих чувствах. Для семьи обсуждение чувств – хорошая возможность уменьшить тревогу, помочь всем членам семьи справиться с болезнью совместно.

10. Важно понимать, что и у детей бывают хорошие и плохие дни.

11. Помните, что медики готовы поддержать Вас и Вашу семью и ответить на вопросы.

12. Дети, особенно младше пяти лет, очень страдают, оставаясь без родителей. Перед уходом успокойте их тем, что Вы их любите и вернетесь, как только сможете.

13. Поощряйте ребенка продолжать дружить с друзьями, другими членами семьи, поддерживать отношения с классным руководителем, даже когда он не ходит в школу. Хорошо, если он будет делать домашние задания и вернется в школу, как только сможет. Это для ребенка будет означать, что вопреки болезни, он, по-прежнему, тот же нормальный человек с друзьями, различными интересами и своими обязанностями.

14. Вопреки всему, что происходит с ребенком, он, по-прежнему, тот же замечательный человек, каким был до болезни. Старайтесь, чтобы у Вас каждый день было время на то, чтобы, как и раньше, дать каждому члену семьи почувствовать, что он любим, и дать возможность каждому выразить свою любовь. Не стесняйтесь говорить о своей любви прямо. В трудные минуты бывает важно услышать о любви к себе, а не просто догадываться о ней.

Не забывайте также и о себе. Вы тоже заслуживаете поддержки и отдыха. Кроме того, и от Вашего состояния и отношения отчасти зависит реакция вашего ребенка.

Упражнения по арт-терапии для работы с ближайшим окружением ребенка (И. Швецова)

Мой ребенок в образе растения (тренинг для родителей)

Это упражнение относится к проективной арт-терапии. Отличие от теста заключается в том, что оно является эвристическим, то есть человек сам делает выводы, интерпретирует нарисованное. Образ выбран не случайно: через изображение ребенка в образе растения с большой долей вероятности можно судить о субъективных особенностях восприятия и воспитания ребенка. Кроме того, упражнение вызывает у родителей большой интерес – возможность исследовать самого себя, своё поведение в отношении ребенка. Наблюдайте за процессом рисования, он тоже станет предметом обсуждения. Очень часто люди смущаются – «Я не умею рисовать». Скажите, что в этом упражнении умение рисовать может даже помешать, и чем дальше человек уйдет от художественных штампов, тем лучше.

Цель: Исследование особенностей восприятия родителем своего ребенка, неосознаваемых чувств и установок на воспитание. Способствовать оздоровлению детско-родительских отношений.

Организация: Все необходимое для рисования: бумага, карандаши, мелки. Если в группе присутствуют мама и папа одного ребенка, предложите им сесть подальше друг от друга. Во время рисования включите негромкую, спокойную музыку.

Длительность упражнения: 30–40 мин.

1. Предложите участникам нарисовать своего ребенка в образе растения. В инструкцию не стоит включать какие-либо ограничения, пусть люди нарисуют такие растения, как им захочется – деревья, цветы, кустарники или домашние растения.

2. После того, как все закончат рисовать, предложите каждому по очереди рассказать о своем растении: Что за растение? Где растет? Какое оно?

По ходу рассказа задавайте вопросы, направленные на конкретизацию деталей:

– Что может означать нераскрывшийся бутон?

На процесс создания рисунка:

– Я заметила, что сначала ты рисовала цветок в горшке, а потом стерла и нарисовала землю, почему?

Отношения и чувства:

– Тебе нравится это дерево? Почему оно вызывает у тебя тревогу?

3. Предложите участникам ответить на вопрос:

– Какое отношение это имеет к твоему ребенку?

4. Не исключено, что в процессе обсуждения кому-то из участников захочется исправить свой рисунок. В этом случае обязательно спросите, что его не устраивает, и что означают исправления:

– Если ты сделаешь цветочный горшок побольше, что это будет означать? А что это значит – предоставить свободу? Каким образом ты можешь предоставить свободу своему ребенку?

Вопросы к шерингу:

– Что нового я узнала о своем восприятии ребенка?

– Как это отражается на моем поведении и воспитании?

По ходу упражнения обращайте внимание на состояние и чувства людей «здесь и теперь». Будьте готовы к тому, что у людей возникнут глубокие переживания, связанные с виной, стыдом, раздражением. Все рисунки необходимо сохранить, возможно, что родители еще захотят к ним поработать во время следующих встреч.

Мир глазами моего ребенка

Данные упражнения хороши тем, что они сразу включают в себя исследовательскую, эвристическую задачу – понять что-то о своем ребенке; и формирующую – принять, позволить ребенку быть таким, какой он есть.

Лучше всего проводить с родителями детей 9-15 лет, того возраста, когда обостряются разногласия и назревают конфликты непонимания.

Цель: Способствовать осознанию родителем ценностей, потенциалов, проблем своего ребенка. Формировать принятие «иного взгляда», уважение к иному мировоззрению и поведению.

Организация: Изготавливать коллаж удобнее всего на полу. Понадобятся коврики, бумага для фона (формат А2), журналы с картинками в большом количестве, ножницы на каждого, клей, карандаши. Во время работ включите негромкую музыку.

Длительность упражнения: 1-1,5 часа.

1. Визуализация:

«...Представь себя на месте своего собственного ребенка. Представь, что тебе столько же лет... Постарайся почувствовать себя в теле ребенка... Прими ту же позу, которую часто принимает твой ребенок... Почувствуй одежду на своем теле... Посмотри на себя в зеркало. Нравится ли тебе, что ты там видишь? Устраивает ли тебя твоя одежда? О чем ты мечтаешь, когда смотришь в зеркало? А теперь осмотри свою комнату. Как ты себя чувствуешь в этой комнате? Какие вещи, предметы тебе особенно дороги? Что тебе не нравится? Если бы тебе позволили, что бы изменилось в твоей комнате?

Теперь ты представляешь себя вне дома... Куда ты идешь? С кем? Какое у тебя настроение? Чем ты любишь заниматься, когда уходишь из дома? Посмотри на город, который тебя окружает, на людей, на своих друзей. Какие чувства вызывает у тебя то, что ты видишь? Где ты любишь бывать? Сумей увидеть в своем воображении любимое место. А теперь те места, тех людей, те ситуации, которые тебе не нравятся, вызывают страх, злость, раздражение. Представь себе своих родителей... родных, близких тебе людей. Чем вы занимаетесь? Что ты делаешь вместе с родителями? Что ты при этом чувствуешь? Какой ты видишь свою маму? Своего отца? А теперь представь картинку, когда вы все счастливы, когда вам хорошо? Чем вы занимаетесь, где вы ходите, как вы выглядите?

Представь себе, что тебе снится сон, и в нем исполняются твои самые заветные желания. О чем твой сон? Какие образы встают перед тобою?

Запомните все, что Вы увидели... Когда будете готовы – откройте глаза...»

2. Участникам предлагают сделать коллаж «Мир глазами моего ребенка».

Правила изготовления коллажа:

Работа делается из вырезок из журналов – картинок и надписей. Можно их компоновать в разных комбинациях, что-то дорисовать или дописывать.

Во время работы желательно не разговаривать.

Образы визуализации и картинки могут не совпадать, главное, чтобы совпадало общее настроение коллажа.

Время изготовления коллажа – 45 мин. – 1 час.

3. Обсудить в парах работы:

Раскрыть содержание, рассказать о своем отношении: нравится ли то, что получилось.

Ответить на вопросы партнера.

Выслушать ассоциации собеседника по поводу коллажа.

Поменяться местами.

Вопросы к шерингу:

– Что нового Вы поняли из этого упражнения?

– Как Вы относитесь к своей работе?

– Какое отношение это имеет к жизни?

– В чем различается Ваше восприятие мира и восприятие Вашего ребенка?

– Какие чувства и переживания у Вас вызвала эта работа?

Предупреждение: Обсуждение в парах делается для того, чтобы участники смогли описать и объяснить все образы. Во время общего шеринга избегайте описаний – в круг должны звучать выводы.

Упражнения с переодеванием.

Упражнения с переодеванием на личностном тренинге встречаются часто. Они могут нести мощный эффект, могут просто развлечь и повеселить, но могут стать настоящей психологической травмой для кого-то из участников.

Поэтому я решила отступить от традиционной формы описания подобного упражнения, и рассказать о данном типе упражнений вообще.

Возможные цели:

Работа с самоуничижением и высокомерием как проявлениями низкой самооценки.

Снятие эмоционального напряжения.

Работа с энергетикой «внутреннего ребенка», потенциалами творчества и игры.

Отыгрывание ролей – потенциалов, не используемых в жизни.

Развитие креативности.

В зависимости от темы тренинга и цели, которую должно выполнить упражнение, придумывается содержание:

«Карнавал» – переодевание в парах друг друга, забыв о правилах вкуса, руководствуясь желаниями и возможностями – одеждой и аксессуарами. Упражнение направлено на процесс и получение радости от него. Интрига – «одеваемый» с закрытыми глазами и никак не может повлиять на процесс. В данном контексте это еще и упражнение на доверие.

«Спектакль» – подгруппы готовят спектакль и разыгрывают его. Обязательное условие – преобразование участников при помощи костюмов. Сюжет выбран самый простой, но тип драматизации определен в инструкции: оперетта «Колобок», балет «Теремок» и др. Способствует стремительному уходу от социальных ролей. Упражнение является эффективным в работе с высокомерием и самоуничтожением, позволяет людям преодолеть чувство стыда, как основное проявление низкой самооценки.

«Подиум» – преобразование при помощи одежды, макияжа, причёски одного или нескольких участников в образ, который им неприличен. Это упражнение может быть преподнесено как сюрприз от группы. Накануне участники втайне от того, на кого направлено упражнение, договариваются о типе образа и приносят все необходимое для его создания. После переодевания организуется подиум – возможность продемонстрировать то, что получилось.

Обязательными условиями для проведения являются:

Добровольность. Ни в коем случае нельзя принуждать, оказывать давление. По ходу упражнения следить за эмоциональной реакцией участников. Быть готовым, в случае негативных переживаний, прервать упражнение и оказать помощь участнику.

Предварительная подготовка или в виде домашнего задания (принести несколько предметов одежды и аксессуаров, фотоаппараты для желающих), или все необходимое готовит тренер (можно ограничиться элементами костюмов, кусками ткани, аксессуарами). Также необходимо заранее предупредить участников, что будет упражнение с переодеванием.

Шеринг после упражнения. Важно, чтобы за развлекательностью и всеобщим весельем не потерялась цель, и люди точно знали, зачем они это делали.

Достаточное количество времени. Люди должны получить возможность насладиться процессом, и испробовать результат. Как правило, оно длится около часа.

Условия к помещению: возможность зашторить окна, закрыть дверь изнутри, чтобы происходящее не стало достоянием посторонних глаз, хорошая вентиляция, большое зеркало, возможность умыться, если используется грим.

Страшный сон

Сны, как известно, выполняют терапевтическую функцию: неосознаваемые или очень сильные переживания, которые вытесняются сознанием, приходят к нам во снах. Сновидец может пережить страх и даже ужас, но его психика при этом получит снятие напряжения. Образы сна могут также нести важную информацию о потенциалах, которые могут способствовать избавлению от страхов.

Цель: Способствовать снятию тревожности через рисование страшных образов и проговаривание страхов. Формировать ощущение преодоления страхов, нахождение способов работы с тревожностью.

Организация: Упражнение лучше проводить лежа на полу, но при этом должно быть готово все для рисования: краски, карандаши, бумага. Визуализация проводится под музыку. Характер музыки для первой картинке должен быть спокойный, но с нарастанием напряжения. Во время рисования первого рисунка музыка не выключается, она просто приглушается. Вторая картинка представляется и рисуется в сопровождении позитивной, светлой музыки.

Длительность упражнения: 45-50 мин.

1. Предложите участникам приготовить все необходимое для рисования и лечь.

2. Текст визуализации:

«...Представь себе, что ты укладываешься спать. Ты совершаешь свой привычный ритуал, укладываешься в свою постель, выключаешь свет. Какое-то время ты лежишь с открытыми глазами, видишь обстановку своей комнаты, слышишь привычные, приглушенные звуки, которые доносятся с улицы, чувствуешь приятную тяжесть своего одеяла, поверхность подушки... Постепенно веки твои опускаются, ты укладываешься поудобнее и погружаешься в сон.

Вначале перед твоим взором мелькают неясные образы, но постепенно они становятся четкими и узнаваемыми. Ты начинаешь понимать, что сон твой тревожный, в нем происходит то, чего ты боишься на самом деле. Твой реальный страх ожил и пришел к тебе во сне... События сна разворачиваются, и в самый ужасный момент ты резко просыпаешься и открываешь глаза. Ты лежишь в своей постели, среди ночи, сердце твое гулко стучит, и ты заново переживаешь весь ужас своего сна...»

3. Участники рисуют на тему «Мой страшный сон». Во время рисования они не разговаривают и не перемещаются по комнате. По-

сле того, как рисунки будут закончены, предложите опять лечь и закрыть глаза.

4. Текст визуализации:

«...Постарайся вернуться в состояние своего страшного сна. Представь себе все происходящее... Но в тот момент, когда должно произойти самое ужасное, твой сон неожиданно меняется. Что-то происходит такое, от чего ужас отступает, и сон становится спокойным и даже радостным. Ты участвуешь в этих событиях, досматриваешь свой сон до конца и открываешь глаза. Ты лежишь в своей постели, твоя комната залита солнечным светом, наступило утро. Ты лежишь и вспоминаешь, какой необычный сон тебе приснился...»

5. Предложите нарисовать участникам счастливый конец страшного сна. Если есть возможность, то лучше сделать это на том же листе, где нарисован первый рисунок. Если нет – на другом.

6. В парах участники рассказывают о том, что они нарисовали и о том, что они себе представили.

Вопросы к шерингу:

- Какие чувства вы пережили во время упражнения?
- Удалось ли «переиграть» свой сон? Каким образом?
- Какое отношение имеет это к Вашей реальной жизни?

В качестве аналитического продолжения, можно рассказать, что наши поведенческие реакции на ситуации страха могут быть трех видов:

1. Замереть (ждать помощи извне);
2. Убежать (звать на помощь);
3. Напасть (помочь себе самостоятельно).

В зависимости от того, какое продолжение придумано в страшном сне, можно с большой долей вероятности судить о типичных поведенческих реакциях человека. Хорошо это или плохо – решает каждый сам для себя. Но, чем более разнообразны мы в выборе поведения, тем более приспособлены к жизни и неуязвимы.

Литература

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. /Пер. с англ. С. Могилевского. / Ф. Александер — М. : Изд-во ЭКСМО–Пресс, 2002.
2. Алексеева, Л. С. Консультирование детей в психолого-педагогическом центре / Под ред. Л. С. Алексеевой. — М. : НИИ семьи, 1998.
3. Бройтигам, В. Справочник практического психолога / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – Психосоматическая медицина.
4. Голенков, А. В., Патопсихологическое обследование детей и подростков в клинической практике / Методическое пособие-практикум для студентов медицинских вузов / А. В. Голенков, М. Е. Волчанский, В. В. Деларю. — Чебоксары–Волгоград, 2005.
5. Гуревич, К. М. Психологическая диагностика детей и подростков / Под ред. К. М. Гуревича. — М., 1995.
6. Ермошин, А. Ф. Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями / А. Ф. Ермошин. — М. : Независимая фирма “Класс”, 1999.
7. Зверева, Н. В., Клиническая психология детей и подростков: Учебник / Н. В. Зверева, Т. Г. Горячева. — М : ИЦ «Академия», 2013.
8. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2010.
9. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, переработанное и дополненное / В. В. Ковалев. – М., 1995.
10. Копытин, А. И. Арт-терапия — новые горизонты / Под ред. А. И. Копытина. – М. : Когито-Центр, 2006.
11. Корсакова, Н. К. Клиническая нейропсихология / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте. – М., 1988.
12. Кречмер, Э. Медицинская психология: пер. с нем./ Э. Кречмер. – СПб. : Союз, 1998.
13. Лаак, Я. Тер. Психодиагностика: Проблемы содержания и методов / Лаак Я. Тер. — М. : ИПП, Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996.
14. Лебединская, К. С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. — М. : Просвещение, 1991.
15. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. Высш. Учеб. заведений / В. В. Лебединский. – 3-е изд., – М., 2006.
16. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития у детей / В. В. Лебединский. — М. : МГУ, 1985.

17. Лебединский, В. В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М.М. Либлинг. — М. : Изд-во МГУ, 1990.
18. Левис, Ш. Ребенок и стресс / Ш. Левис. — СПб, 1997 г.
19. Лейнер, Х. Кататимное переживание образов / Х. Лейнер, Пер. с нем. Я. Л. Обухова. — М.: «Эйдос», 1996.
20. Лубовский, В. И. Дифференциальная диагностика нарушений развития. Проблемы и перспективы / В. И. Лубовский // Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития // Материалы Всероссийской научно-практической конференции и семинара: «Современная психологическая диагностика отклоняющегося развития: методы и средства. Проблемы специальной психологии в образовании». 25-27 ноября 1998г. — М., 1998.
21. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых — М. : Эксмо, 2005.
22. Мэш Э., Детская патопсихология / Мэш Э., Вольф Д. (Eric Mash, David Wolf «Abnormal Child Psychology», 2nd ed., 2002). Учебное пособие по курсам детской и подростковой патопсихологии, <http://www.studfiles.ru/preview/2907612/>.
23. Нейропсихология детского возраста. Альбом. — М., 1997.
24. Нуриева, Е. Р. Таблицы нормативного развития ребенка младенческого возраста / Е. Р. Нуриева, Л. С. Сафаргалина // метод. рекомендации. — Екатеринбург, 2016.
25. Обухов, Л. Я. Символдрама: кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков / Л. Я. Обухов. — М. : «Владос», 1998.
26. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. — СПб. : Речь, 2003. — 256 с. Серия — психологический практикум.
27. Семаго, М. М. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка. Комплект рабочих материалов. /Под общей ред. М. М. Семаго. — М. : АРКТИ, 1999.
28. Николаева, В. В. Психосоматика: телесность и культура / Под ред. В. В. Николаевой. М. : Академический Проект, 2009.
29. Николаева, В. В. Психосоматика: телесность и культура / Под ред. В. В. Николаевой. — М. : Академический Проект, 2009.
30. Семаго, М. М. Консультирование семьи «проблемного» ребенка (психокоррекционные аспекты работы психолога-консультанта) / М. М. Семаго. — Ж. «Семейная психология и семейная терапия», 1998, № 1.
31. Семаго, Н. Я. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. — 3-е изд., ипр. И доп. / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. — М. : АРКТИ, 2003.
32. Семенович, А. В. Комплексная методика психомоторной коррекции / Под ред. А. В. Семенович. — М. : 1998.

33. Семенович, А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / А. В. Семенович. – М., 2002.
34. Семенович А. В. Методологические аспекты нейропсихологической диагностики отклоняющегося развития / А. В. Семенович, Б. А. Архипов / Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции и семинара: «Современная психологическая диагностика отклоняющегося развития: методы и средства. Проблемы специальной психологии в образовании». 25-27 ноября 1998г. // – М., 1998.
35. Семенович, А. В. Пространственные представления при отклоняющемся развитии. Методические рекомендации к нейропсихологической диагностике / А. В. Семенович, С. О. Умрихин. — М., 1998.
36. Скворцов, И. А. Модифицированная методика нейропсихологической диагностики и коррекции при нарушениях развития высших психических функций у детей / И. А. Скворцов, Г.А. Адашинская, И. В. Нефедова. – М. 2000.
37. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста – Т. III./ Г. Е. Сухарева. – М., 1965.
38. Сухарева, Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М., 1974.
39. Семенович, А. В. Схема нейропсихологического обследования детей. / Под ред. А. В. Семенович. – М. : МГПУ, 1998.
40. Урванцев, Л. П. Ребенок и болезнь [Электронный ресурс] / Л. П. Урванцев. – Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/6199314/page:3/>
41. Ушаков, Г. К. Детская психиатрия /Г. К. Ушаков. – М., Медицина, 1973.
42. Фролов, Б. С. Психиатрический тезаурус ч.2 ; Основные психопатологические синдромы / Б. С. Фролов, В. Э. Пашковский – СПб., 2004.
43. Фролов, Б. С. Основные психопатологические синдромы. Психиатрический терминологический словарь / Б. С. Фролов, В. Э. Пашковский. – СПб, 2008.
44. Хомская, Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. – М., 1987.
45. Шванцара, Й. Диагностика психического развития / Й. Шванцара. – Прага, 1978.
46. Шипицина, Л. М. Психолого-медико-педагогическая консультация. Методические рекомендации / Под ред. Л. М. Шипициной. — СПб. : Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, 1999.

Характеристика отдельных аспектов развития в младенческом возрасте (1 - 12 мес.)

[по данным Е. Р. Нуриевой, Л. С. Сафаргалиной, 2016]

Характеристика отдельных аспектов развития в младенческом возрасте (первое полугодие)

Месяц	Общее эмоциональное развитие	Моторное развитие	Сенсорное развитие	Интеллектуальное развитие	Речевое развитие
1 месяц	С первых дней после рождения формируется привязанность (некая эмоциональная связь между ребенком и родителями). Она содержит такие элементы, как чувство близости и любви. Привязанность действует в двух направлениях: в идеале, родители сильно привязываются к своему малышу, а их малыш к ним. Такая взаимосвязь между ними начинается при рождении и продолжает незаметно углубляться и изменяться в течение младенческого периода развития ребенка. В первые 2 недели появление взрослого не вызывает изменений поведения младенца, когда тот лежит в кроватке. И только в «положении под грудью» длительный ласковый разговор и потлажива-ния приводят к	Развитие, происходящее в направлении «от головы к ногам» цефалокаудальная тенденция развития. Первый месяц жизни посвящен восстановлению после рождения и является временем перестройки основных функций организма ребенка: дыхания, кровообращения, пищеварения и терморегуляции. В первый месяц жизни ребенок наделен рефлексами выживания, которые представляют собой поведенческие реакции, необходимые для адаптации и функционирования, что проявляется в рефлексорной моторике 1 месяца жизни.	Новорожденные приходят в мир, в полной мере обладая способностью воспринимать окружающую среду и реагировать на нее. Младенцы могут видеть и слышать, обонять и осязать, чувствовать давление и боль. Возникновение обонятельного восприятия (на 1 – 3 неделе), слухового (на 2 – 3 неделе) и зрительного (3 – 5 недели) сосредоточения. Издаваемый крик и наполненный легким воздухом, новорожденный, если у него есть такая возможность, успокаивается у материнской груди.	У детей после рождения (1 мес.) нет реальных представлений об окружающем мире, дне и ночи, себе и других людях, о чужом, мальчиках и девочках, матерях и отцах, сыновьях и дочерях. Они способны к организованным, предсказуемым реакциям, к более сложной психической деятельности, чем было принято считать до недавнего времени. Младенцы уже имеют определенные предпочтения и обладают поразительной способностью к научению. Более того, они владеют и способами привлечения внимания взрослых к своим потребностям. В первый месяц жизни дети наделены рефлексами	Новорожденные общаются со своими потребностями криком, плачем или внимательным взглядом. Реакцией новорожденного на начало предъявления умеренно громкого звукового тона будет учащение сердцебиения, изменение дыхания, а иногда — плач (крик) или общее повышение активности.

	<p>появлению у младенца сосредоточения: он замирает и напрягается. С 3-й недели воздействия взрослого начинают вызывать у детей ориентировочно-исследовательскую активность, направленную на ознакомление с этим человеком. Сначала дети пристально вглядываются во взрослого, а позднее начинают следить за ним, рассматривать его лицо. Далее в обследование вовлекаются помимо глаз головка и все тело ребенка. Затем в ответ на воздействие взрослого у детей появляются эмоциональные реакции.</p> <p>В начале 4-й недели жизни у ребенка можно наблюдать улыбку в ответ на улыбку, а потом и на иное воздействие взрослого. Затем ребенок начинает улыбаться людям по своей инициативе, лишь увидев издали фигуру взрослого</p>		сразу находят грудь матери и начинают сосать, периодически останавливаясь, чтобы отдохнуть	<p>выживания, которые представляют собой поведенческие реакции (рефлексы), необходимые для адаптации и функционирования, особенно в течение первых недель жизни, прежде чем управление берет на себя высшие мозговые центры. При этом происходит управление этих рефлексов: сосание, хватание, зрение, слушание (шесть стадий развития сенсорного инстинкта по Ж. Пиаже).</p> <p>Мир для новорожденного - беспорядочная смесь распыляющихся образов и сливающихся в монотонный шум звуков.</p> <p>Развивается сенсорный интеллект. Развивается моторная память.</p>	<p>Появляется гуление. Ребенок уже может улавливать разницу между такими простыми звуками, как</p>
2 месяц	<p>Формируется комплекс оживления. Отмечается способность пристально смотреть на знакомые объекты (например, лицо отца или</p>	Первая активная реакция на положение. Моторика чисто аффективного типа уступает место активности, приближающейся по	В 2 месяца ребенок может определять более нежные цвета, такие как голубой, фиолетовый или горохо-	<p>Большинство рефлексов, обнаруживаемых у новорожденных, исчезают на 2-м или 3-м месяце, постепенно заменяясь про-</p>	

	матери) и имитировать личную экспрессию взрослых. Эти способности являются важными факторами развития и сохранения эмоциональных уз между ребенком и родителями.	характеру к сенсомоторной. Устанавливаются сенсорные синергии, тянется к предметам, касаются их руками, губами и языком.	вый. Дети в 2 месяца начинают фиксировать взгляд на глазах. Безотказная работа механизма конвергенции налаживается у детей только к концу 2-го месяца.	извольными действиями. Развивается эмоциональная память.	[б] и [п] или [д] и [т].
3 месяц	Мимическое подражание на 2-м или 3-м месяце исчезает и возобновляется вновь лишь через несколько месяцев. Безразличие взрослого воспринимается детьми отрицательно, вызывая тревогу, недовольство.	Движения рук пока не координированы с пред-метом.	У ребенка есть возможность задерживать взгляд на предмете. Возможность следить за предметом на расстоянии 4-7 м.	Ребенок начинает подражать голосу матери.	Появляется улыбка при обращенной к ребенку речи, гуление.
4 месяц	Мальши в 4 месяца чаще улыбаются в ответ на голос матери, чем на другой женский голос. В первые 3 – 4 месяца про-являются разнообразные эмоциональные состояния: удивление в ответ на неожиданный (торможение движений, снижение сердечного ритма), тревожность при физическом дискомфорте (усиление движений, повышение сердечного ритма, зажмуривание глаз, плач), расслабление при удовлетворении потребности. По-	Тело начинает увеличиваться в размерах значительно быстрее, чем голова, и их соотношение разительно изменяется. Развитие руки как анализатора, осязывающего движения, рука движется по предмету, а не за предметом. Ребенок может подтянуться до сидячего положения, при этом, если его поддерживать за руки, может держать голову. Развитие координации между глазами и руками,	Дети предпочитают чаще и дольше смотреть на правильные изображения лиц, чем на искаженные. К 4 мес. ребенок не просто видит, но уже фиксирует на удивительное. Воспринимает форму предметов, выделяет контур и другие их элементы, способен ориентироваться во многих параметрах объектов (движения, контрасты и т.д.). Реа-	Адаптация основных сенсорных и моторных структур (например, создание различных представлений). Развитие образной памяти. Восприятие и действие позволяют судить о первоначальных формах наглядно-действенного мышления. Усложняются познавательные задачи, которые способны решить ребенок, сначала только в плане восприятия, затем используя двигательную активность.	Поворачивает голову по направлению к источнику звука человеческого голоса в ответ на него.

	сле 3 – 4 месяцев он улыбается знакомым, но несколько другого взрослого человека. Появляется дифференциация на «своих» и «чужих».	появляется способность воспроизводить случайные, приятные и вызывающие интерес результаты собственных действий с 4 мес.	тируют на цвет. Развивается пространственное восприятие, в частности, восприятие глубины. Для появления подлинно бинокулярного зрения требуется около 4 месяцев.		
5 месяц	<p>Дети реагируют на лицо в целом и могут различать различные виды лицевой экспрессии, например, огличают «счастые» от «страха».</p> <p>Ребенок бурно радуется при виде взрослого, улыбается, смеется, интенсивно двигает руками и ногами. Выгибает живот, производит разнообразные звуки - протяжно гулит, громко вскрикивает.</p>	<p>К возрасту 5 или 6 месяцев большинство младенцев проходят важную веху в своем развитии, которая называется зрительно-направляемым достижением; точное восприятие глубины, произвольный контроль над движениями рук и кистей и способностью организовать эти движения в последовательность.</p> <p>В 5 – 6 месяцев хватает предмет, что требует сложной зрительно-двигательной координации – первое целенаправленное действие. Развертываются цепи одинаковых, повторяющихся действий. Продолжается усовершенствование мелкой моторики, связанной с использованием пальцев и кистей. Исче-</p>	<p>Направляют взгляд на рот говорящего человека</p> <p>Связывает звучание с падением предметов. Иногда специально для этого их отбрасывает.</p>	<p>Развитие циркулярных реакций (такие реакции, которые случайно привели к позитивному результату). Первичные реакции, когда действия повторяются ради них самих и закрепляются как навыки, вторичные как повторение действия ради получения определенного результата и третьичные, когда действие варьируется для анализа результатов последующих изменений.</p>	<p>Произносит гласные и согласные звуки во время гуления. Ребенок издает преимущественно звуки, соответствующие его родному языку.</p>

		зает хватательный рефлекс. Появляется возможность комбинирования действий в последовательность. Ребенок может сидеть без поддержки.	Восприятие цвета почти такое же, как у взрослых. Константность знакомых свойств предмета, находящегося в различных конкретных положениях.	Мозговая активность 6-месячного ребенка по-прежнему изменяется и выглядит по-разному, когда ребенок имеет дело с лицами и с предметами, точно так же, как и у взрослых. Происходит Развитие стратегии продолжения интересных впечатлений (Шесть стадий развития сенсомоторного интеллекта по Пиаже).	Гуление превращается в лепет, который содержит все звуки человеческой речи. Появляются «псевдослова» - некоторые голосовые реакции постоянного звукового состава, вызывающие эмоциональные состояния ребенка и используемые для воздействия на взрослого.
6 месяц	Ребенок проявляет беспокойство, когда слышит голос матери, но не может видеть ее. Теперь матери уже не удается успокоить ребенка, просто разговаривая с ним, находясь при этом в другой комнате, пока она готовит ему пюре или греет молочко. Появляется способность младенцев подражать жестам и действиям взрослых значительно улучшается. Сначала же малыши подражают лишь тем жестам, для которых у них уже есть схемы действия: разжимают и сжимают кулачок, тянут ручки в направлении предмета.	Происходит период открытия и действия. Дети называются способными уже распознавать лица, привлекают к пище и установлению порядка дня. Они исследуют цветы, насекомых, игрушки, свое тело. Каждый день приносит с собой новые знания о людях, предметах и событиях, окружающих их. Эти открытия не только увлекательны, но и полезны, так как истрают решающую роль в развитии младенца. Исчезает рефлекс Бабинского и плавательный рефлекс.	Во втором полугодии сенсорика перестраивается на основе моторики, вбирая опыт манипуляций с предметом и приобретает	В возрасте 7-8 месяцев у младенцев складывается самое общее представление о живых существах, их отличии от движущихся механизмов. В 7-8	Где-то после 6 месяцев многим родителям начинает казаться, что их ребенок уже произносит что-то похожее на настоящие слова вроде
7 месяц	К 6-7 месяцам способность младенцев подражать жестам и действиям взрослых значительно улучшается. Сначала ребенок подражает лишь тем жестам, для	На этапе повторных результатов действий (5-7 месяцев) - ребенок осуществляет первые манипуляции под контролем зрения: постукивание, размахива-			

	<p>которых у него уже есть схемы действий: разжимает ручки и сжимает кулак, тянет предметы в направлении глухих родителей начинают осваивать язык жестов и пользоваться им уже на 6-м или 7-м месяце. Малыши, которые ранее улыбались, были привлекательными и открытыми по отношению к новым и незнакомым людям, неожиданно становятся робкими и застенчивыми в их присутствии. (тревога 7-месячных). Во второй фазе младенчества ведущей формой общения является ситуативно-деловое общение. Здесь ведущая потребность - общение ребенка по поводу предмета, определяемое деловым моментом. На передний план выступает не взрослый, а деятельность с предметом. Средствами общения являются экспрессивно-мимические, предметно-действенные (позы, во втором полугодии предметные действия и локомоции).</p>	<p>ние, притягивание предмета с последующим рассматриванием, выбрасывание, похлопывание и т.д. Повторный циклический характер этих манипуляций на основании которого они получили название круговых циркулярных реакций, связан с тем обстоятельством, что они основаны на ориентировочном подкреплении. На этапе соотносимых действий (7-10 месяцев) ребенок манипулирует двумя предметами, устанавливая соотношение объектов между собой (например, вставляет кубик в кубик, ложку в чашку, пытается нанизывать пирамидку и т.д.).</p>	<p>свойства константности, осмысленности и предметности. 6-7 месяцев - сидит самостоятельно, начало ползания (ориентированы по материалам изучения развития детей в детских домах; при воспитании в условиях семьи сроки возникновения новых образований в сфере сенсорики оказываются более ранними).</p>	<p>месяцев младенцы начинают проявлять настороженность по отношению к незнакомцам. Они также научаются откладывать осуществление своих действий, пусть и на короткое время. Это позволяет им начать строить схемы «я — другие». Младенцы теперь более осознанно ставят опыты, изучают реакции и их последствия. Кроме того, наблюдая за поведением окружающих, дети узнают, как им следует себя вести. Теперь они уже могут подражать другим. Они начинают понимать, чего от них ждут. Синдром разлуки авторами связывают с переживаниями в памяти ребенка — прежде всего с пониманием ими, что исчезнувший из вида объект продолжает существовать, так что «кузы ребенка с тем, кого он любит, преодолевает теперь пространство и время».</p>	<p>«ма-ма» и «па-па», и они спешат принять это за свидетельство необычайного развития их необыкновенного ребенка. Однако чаще всего это лишь случайные повторения звуков, лишённые всякого смысла. Тем не менее, в это время в лепете ребенка появляются интонации и звуковые сочетания, близкие к звучанию родного языка. Собственно лепет младенца на этом этапе уже начинается членораздельную речь взрослых, так что родители начинают вслушиваться в него, пытаясь разобрать его смысл. Начиная с 5—6 месяцев, вокализации ребенка включаются в новую структуру — первые появляются обменивающийся способ общения. В этот период ребенок использует свои вокализации, прежде всего для того,</p>
--	---	--	--	--	---

	<p>Общение развертывается в ходе совместной с взрослым ведущей предметной деятельности и ее обслуживания. Потребность в доброжелательном внимании и сотрудничестве. Деловой: взрослый как партнер по игре, образец для подражания, эксперт по оценке умений и знаний. Помощник, организатор и участник совместной предметной деятельности. Предметно-действенные операции. Развитие предметной деятельности, подготовка к овладению речью и первый этап развития активной речи.</p> <p>Картина непосредственного влияния разлуки с матерью на поведение младенцев выяснена в деталях: сначала у ребенка отмечается печаль, затем она достигает степени отчаяния, за которым следует отчуждение, длящееся иногда многие месяцы. Разлука влияет на детей, начиная с 6 месяцев.</p>				<p>чтобы обратить внимание матери на объект и на свое намерение участвовать в общении. Обменивающий способ постепенно переходит в четвертый — взаимодействующий.</p> <p>В совместной активности со взрослым собождается разделение позиций говорящего и слушающего. Выполнение заученных движений при назывании их взрослым.</p>
8 месяц	Многие малыши к 8-месячному возрасту начинают	К 8 месяцам малыши обычно прибавляют в весе	Ребенок соотносит предметы между со-	8-12 месяцев Действия становятся бо-	Повторяет некоторые слоги (например: «ма-

	<p>нают играть в социальные игры, такие как «ку-ку», «до свидания» или «кули-чики»; им нравится перекладывать взрослому какой-либо предмет и получать его обратно. Еще одно быстрое осваиваемое младенцами занятие — ронять некую вещь и ждать, пока кто-нибудь не поднимет и не подаст ее назад. Для многих младенцев эта игра становится источником бесконечного удовольствия.</p> <p>Примерно в 3 месяца дети начинают узнавать близких взрослых, оказывая им особое внимание и предпочтение. После 6—7 месяцев у младенцев формируется глубокая привязанность к одному или нескольким взрослым.</p>	<p>и вырастают, однако по виду они еще не слишком отличаются от 4-месячных. У них подошвы ног не обращены друг к другу, как раньше, а повернуты вниз, что создает предпосылки для последующей выработки умения стоять и ходить. В это время продолжается процесс усвоения мелкой моторики, связанной с использованием пальцев и кистей. Большинство детей в 8 месяцев могут перекладывать объекты из одной руки в другую, а некоторые могут захватывать предмет двумя пальцами, используя большой палец в качестве опоры. Им очень нравится брать в каждую руку по коммунибель предмету и стучать ими друг о друга — достижение, которое они способны демонстрировать часто, подолгу и с истинным наслаждением. Грубая (общая) моторика — движения и действия, в которых участвуют крупные мышцы тела младен-</p>	<p>бой. Окончательная локальная реакция уха.</p>	<p>лее преднамеренными; возможен недолгий поиск спрятых предметов (6 стадий развития сенсомоторного интеллекта по Пиаже).</p>	<p>ма)). Кроме того, они начинают понимать сегментацию фона в словах. Если взрослый говорит: «Дай мне эту чашку», ребенок может передать ему данную чашку, усвоив, что слова, следующие после слова «это», являются важными.</p>
--	---	---	--	---	--

		ца, также развивается в этот период. Большинство 8-месячных детей могут самостоятельно садиться и почти все — сидеть без поддержки после того, как им помогли принять сидячее положение. Больше половины из них в этом возрасте могут стоять на месте, держась за что-нибудь, если их ставят на ноги, и чуть меньше число тех, кто способен самостоятельно вставать, используя опору. Некоторые уже могут ходить, держась в качестве поддержки за предметы мебели. Младенцы научаются ползать попластунски (когда тело лежит на полу) или опираясь на руки и колени. Другие младенцы осваивают технику ходьбы «помелвежьи» — на четырех конечностях, а третьи умеют быстро передвигаться в сидячем положении.	В 9 месяцев они начинают отличать птиц от самолетов (если)	К 9 месяцам большинство младенцев исследуют предметы: дети размахивают	Выполнение поручений (элементарных) по словесной инст-
9 месяц	В 8-9 месяцев формируется привязанность ребенка к взрослому, основанная				

	<p>на удовлетворении им потребности в безопасности. Возникновение привязанности находит отражение в таких эмоциональных реакциях, как проявление страха незнакомых людей, тревоги при сепарации от взрослого.</p> <p>Дети уже используют не только мимику, но различные движения, звуки, действия, позы, жесты. Ребенок указывает на предмет, который хочет взять в руки. Вкладывает в руку взрослого игрушку, с которой хочет играть, изображает что-то, побуждая сделать это маму; Активно привлекает внимание взрослого. Начинается ориентировка на оценку взрослого.</p>	<p>чинает ходить. Как под-черкивал Д. Б. Эльконин, главное в акте ходьбы не только то, что расширяет-ся пространство ребенка, но и то, что ребенок отде-ляет себя от взрослого. Впервые происходит раз-дробление единой соци-альной ситуации "Мы", теперь не мама ведет ре-бенка, а он ведет маму, ку-да хочет. Ходьба — первое основное новообразование младенческого возраста, знаменующее собой раз-рыв старой ситуации раз-вития.</p> <p>Но к 9 месяцам они уже могут подражать новым жестам и действиям, в которых заняты обе руки, например, ударять одним предметом о другой.</p>	<p>ли, конечно, они име-ют опыт восприятия этих объектов). Таким образом, создается впечатление, что пер-цептивный анализ имеет место даже у маленьких детей. Они сортируют и органи-зуют сенсорную информацию, замеча-ют сходства и разли-чия уже в очень ран-нем возрасте. Освое-ние таких свойств, как разъединение и соеди-нение, возможности предмета быть полным и наполненным.</p>	<p>вают ими, крутят во все стороны, проверяют на прочность, ударяя их о другие предметы. Однако они еще не понимают назначение тех вещей, которыми манипулиру-ют.</p> <p>Развитие у ребенка раз-нообразных действий с предметами, усложнение его активной ориентиро-вочной деятельности.</p>	<p>рукции взрослого.</p>
10 месяц	<p>Высокая чувствительность детей к личностному об-ращению при условии вклю-чения их в совместные с взрослым деловые контак-ты.</p> <p>Ребенку необходимо при-сутствие взрослого, его доброжелательное внима-ние, а так же участие в</p>	<p>Здесь происходит дифференциация функ-ций рук на ведущую и vedo-мую. Большое значение для развития соотносимых действий приобретает по-каз действия взрослым и использование "метода пассивных движений" для обучения ребенка этим</p>	<p>9-11 месяцев - ходит с поддержкой (ориенти-ры даны по материа-лам изучения развития детей в детских домах; при воспитании в ус-ловиях семьи сроки возникновения ново-образований в сфере сенсорики оказываются</p>	<p>Возникает дифференци-рованная связь между обозначением предмета и самим предметом, кото-рая выражается в поиске предмета и нахождении его в другом месте.</p>	<p>Выбор предмета по словесному указанию. Ребенок подражает, имитирует звуками речь взрослого.</p>

	общей деятельности.	действиям. Отталкивание предмета для доставания другого. Захлопывание крышки, воспроизведение вращения предмета ударом по нему. Активный выбор одного предмета из двух похожих. Воспроизведение звука специальным постукиванием с употреблением.	ся более ранними). Ребенок, прежде чем взять какой-либо предмет, заранее складывает пальцы в соответствии с его формой и величиной. Появляется возможность различения пространственных соотношений предметов (в, на, под, за, над). Дифференцирование предметов по их частям.		
11 месяц	Ребенок хорошо знает назначение многих предметов. Активно помогает взрослому во взаимодействии с предметами.	Итак к концу позднего младенчества (11-12 месяцев) формируются первые функциональные действия, в основе которых лежит выделение функций предмета: ребенок пытается надевать носок на ногу, а шапку на голову, повторяя действия взрослого. Если до этапа функциональных действий предмет выступал перед ребенком как физический объект, то теперь на первый план выдвигаются его социальные свойства. Рождение функциональных действий подготавливает переход к но-	11-14 месяцев - ходит самостоятельно (ориентиры даны по материалам изучения развития детей в детских домах; при воспитании в условиях семьи сроки возникновения новообразований в сфере сенсорики оказываются более ранними).	Выделение функции предмета. Начало действий «понарошку».	Возникновение первых форм активной речи ребенка. Речь несет ассоциативно- ситуационный характер.

			вой ведущей деятельности - предметно- орудийной, направленной на овладение предметами как социальными орудиями.				
12 месяц	В этом возрасте дети, как правило, умеют играть и могут «хитаться», закрывая глаза руками. Они играют со взрослыми в мяч, перекачивая его друг другу, бросают на пол мелкие предметы. Головные дети уже могут лучше обслуживать себя и играют более активную роль в эмоциональных отношениях с матерью и отцом. Они способны оповещать родителей о своих потребностях эффективней и точнее, чем раньше. Ребенок начинает пользоваться словами при общении с окружающими. К этому времени у него появляется ряд новых эмоций, включая гнев, радость и печаль. В исследованиях проявления сотрудничества при выполнении простых задач практически ни один из 12- месячных младенцев не помогал другим детям.	В этом возрасте дети, как правило, умеют играть и могут «хитаться», закрывая глаза руками. Они играют со взрослыми в мяч, перекачивая его друг другу, бросают на пол мелкие предметы. Головные дети уже могут лучше обслуживать себя и играют более активную роль в эмоциональных отношениях с матерью и отцом. Они способны оповещать родителей о своих потребностях эффективней и точнее, чем раньше. Ребенок начинает пользоваться словами при общении с окружающими. К этому времени у него появляется ряд новых эмоций, включая гнев, радость и печаль. В исследованиях проявления сотрудничества при выполнении простых задач практически ни один из 12- месячных младенцев не помогал другим детям.	В среднем, более половины годовалых младенцев уже стоят без поддержки и пробуют ходить. Однако, возраст, когда дети начинают ходить свободно, сильно различается в зависимости от индивидуального развития и социокультурных факторов. Умение стоять и ходить обеспечивает ребенку новую визуальную перспективу. Дети могут теперь исследовать предмет изнутри, сверху и снизу. Их мир все больше расширяется. Моторное развитие младенца стимулируется тем интересным и неизвестным ранее, что он видит и слышит. Дети в 12 месяцев обладают развитой способностью к манипулированию или активному перемещению компонентов среды в пространстве. Они умеют отодвигать задвижки, открывать	В свою очередь, исследование горизонтов мира с помощью новых умений способствует дальнейшему когнитивному и перцептивному развитию ребенка. Годовалый ребенок воспринимает простые мелодии, у него складывается чувство ритма.	Знает понятия – горячо, холодно, мягкое, твердое, колочее, сухое, мокрое. Знает число, которое состоит из числа членов его семьи. В семью входят родственники и домашние животные.	Знает понятия – горячо, холодно, мягкое, твердое, колочее, сухое, мокрое. Знает число, которое состоит из числа членов его семьи. В семью входят родственники и домашние животные.	Понимает некоторые слова; может произнести несколько слов (8—10 слов).

	Он охотно становится со- участником игры, бросает мяч и ожидает его возвра- щения, пытается ловить. Ему нравятся игры в кол- лективе. Малышу достав- ляет явное удовольствие участие в делах взрослых.	вать ящики, перетаскивать игрушки и перекручивать электропроводку. Пинцет- ный зажим — недавно приобретенный ими спо- соб брать мелкие предме- ты, зажимая их между большим и указательным пальцами, позволяет под- бирать травинки, волоски, спички, мертвых насеко- мых.		ке маленького ребенка или куклы. Способность к обобщению свиде- тельствует о новой ступени развития.	
--	---	---	--	--	--

Способности	Возраст					Школьный возраст (7 – 12 лет)	Пубертатный период (12 – 18 лет)
	Младенчество (0 – 1 год)	Раннее детство (1 – 3 года)	Дошкольный возраст (3 – 7 лет)				
Способность к самообслуживанию	Может самостоятельно есть печенье, держать в руках бутылочку	Пользуется ложкой, незначительно проливая жидкую пищу, приобретает контроль над сфинктерами, пользуется горшком, имитирует подметание пола, вытирание тряпкой пыли. Самостоятельно надевает простую одежду, ботинки, расстегивает пуговицы, справляется с приемом пищи	Умывается и вытирает лицо, чистит зубы, одевается и раздевается самостоятельно, завязывает шнурки			Сформирована	Сформирована
Моторное поведение	/ мес. - множественные беспорядочные движения конечностями, приведенными к телу, с повышенным тонусом сгибателей, захватывание одной руки другой.	12-13 мес. — приседает, встает, ползает, наступает без опоры (начальная ходьба). 15 мес. — учится ходить самостоятельно	3-6 лет — двигательная система совершенствуется в направлении развития координации движений. Более	Наступает существенный прогресс в моторике: точность, быстрота в движениях. Подвижные игры становятся самыми любимыми		Изменяются пропорции частей тела: туловище еще детское, но отмечается бурный рост конечностей. Движения	

	<p>2 мес. - поднимает голову лежа на животе, не удерживая ее в вертикальном положении.</p> <p>3 мес. — в положении лежа на животе поднимает туловище, опираясь на предплечья, стоит при поддержке под мышки</p> <p>4 мес. — поворачивается со спины на бок, сидит при поддержке за руки</p> <p>5 мес. — поворачивается со спины на живот, в положении лежа на животе поднимает туловище, опирается на выпрямленные руки, сидит при поддержке за руку, стоит при поддержке за обе руки, переступает при поддержке под мышки.</p> <p>6 мес. — поворачивается самостоятельно с живота на спину.</p> <p>7 мес. — встает на четвереньки.</p> <p>8-8,5 мес. — сидит без поддержки, ползает, переступает при поддержке за руки, садится из положения лежа, ложится из положения сидя, встает на ноги, держась руками за неподвижную опору (барьер), са-</p>	<p>тально, карабкается по ступенькам.</p> <p>18 мес. — скоординированная ходьба, редкие падения; с силой бросает мяч, поднимается по лестнице, держась за руку.</p> <p>2 года - может бегать без падений, ударяет ногой большой мяч, самостоятельно поднимается и опускается по лестнице.</p> <p>3 года — катается на трехколесном велосипеде, прыгает с нижних ступенек лестницы, поднимает ноги, поднимаясь по лестнице</p>	<p>успешно развивается ходьба, менее успешно — лазанье, бросание, т. е. те виды движений, которые требуют специальной тренировки</p>	<p>становятся неуклюжими, угловатыми, неплывными</p>
--	--	---	--	--

	<p>обойми глазами на близком расстоянии (аккомодация), различение основных цветов и форм; высокодифференцированная постоянная активность на звуковые раздражители разнообразного характера, реакция на звук в связи с содержанием и значением этого звука</p>	<p>таль). По образцу после демонстрации складывает разрезную картинку</p>	<p>массы, нарисовать четырех-угольник, рисует узнаваемого человека с головой, туловищем, конечностями, повторяет фразу в десять слогов, складывает из двух кусочков картона геометрическую фигуру, точно пересчитывает десять объектов, может написать несколько букв, заучить короткие стихи, детские песенки, может пересказать простой рассказ, сгруппировать карточки по форме, цвету, размеру.</p> <p><i>блет</i> — повторяет фразу в шесть-надасть слогов, может сравнить два лица с эстетической точки зрения, указывает на назначение предметов домашнего обихода, указывает свой возраст, время суток, ри-</p>		
--	---	---	---	--	--

Предметная (игровая) деятельность	Стратегия манипулятивной игры: 7 мес — тянется рукой к погремушке, хватает ее, трясет, передает другим. 12 мес — снимает кольца с большой пирамидки. Участвует в коммуникативных играх (ладушки)	Стратегия конструктивной игры: 18 мес — собирает конусовидную пирамидку, не учитывая размер колец, строит башенку из 2-3 кубиков, возит иг-	сует человечка, прорисовывая мелкие детали, элементы одежды, группирует картинки по темам «посуда», «мебель», «одежда» 7 лет — указывает недостающие детали в рисунках, может сосчитать десять пальцев, списать фразу из книги, угадать ромб, распознать смысл простых метафор («золотая голова») выполнить простые задания на логическое мышление: «Чем отличается кукла от девочки, ребенок от карлика»	Стратегия символической игры: 3 года - заменяет предмет символическим объектом, например, ложку палочкой. В познавательных играх еще	Тяготение к социализированным, подвижным играм	Игровая деятельность сменяется разнообразными увлечениями: интеллектуально-эстетическими, телесно-манипулятивными, когнитивными,
-----------------------------------	--	--	---	--	--	--

		<p>рушки на веревочке, носит и обнимает любимые игрушки.</p> <p>2 года — различает чашечки разных объемов может положить одну чашечку в другую, строит башенку из 3 или 4 кубиков, выстраивает кубики в ряд, имитируя поезд.</p> <p>2,5 года — правильно вкладывает чашечки друг в друга, собирает двусоставную матрешку, из 8 кубиков по образцу может построить поезд</p>	<p>используется метод проб и ошибок. Строит башенку из 9–10 кубиков, по образцу после демонстрации складывает картинку из двух частей, собирает пятисоставную матрешку, делает фигурки из пластилина, куличики из песка.</p> <p>4 года — игра принимает творческий характер с элементами фантазии, воображения. Трехсоставную матрешку собирает методом зрительного сопоставления, более сложную — методом проб и ошибок. Стратегия сюжетно-ролевой игры: 5 лет - преобладают творческие игры и игры, направленные на установление от-</p>	<p>азартными информационно-коммуникативными</p>
--	--	---	--	---

	<p>дит путем ответных речевых реакций (произнесение звуков, совершение движений) уже под контролем слуховых зрительных анализаторов. Появляются первые слоги и губные звуки, возникновение которых является обязательным условием для дальнейшего развития речи.</p> <p>5-6 мес — использование звуков, как средства общения в комбинации с движениями</p>	<p>запас около 10 слов), ребенок выражает свои желания голосом или жестами.</p> <p>18 мес — знает 10-20 слов.</p> <p>2 года — переход от отдельных слов к их сочетаниям.</p>	<p>тивизмом отмечается расширение словарного запаса, круга интересов. Ребенок задает вопросы: «Почему?», «Кто это?», «Что это?». Значения слов определяются либо самим предметом, либо свойством предмета. Появляются неологизмы, например, «мазелин» вместо вазелин, «мокрес» вместо компресс</p>	<p>групповой идентичности со сверстниками, установление взаимосвязи между моралью, усвоенной ребенком, и этикой, которой надлежит руководствоваться в зрелом возрасте</p>	<p>венной личности от окружающего мира, переход к суждениям о себе по внутренним, моральным критериям, становление индивидуальных черт личности</p>
--	--	--	--	---	---

Таблица для регистрации наблюдений за поведением ребёнка
при психологическом исследовании
(Й. Шванцаре)

Имя и Фамилия _____
 Дата рождения _____
 Исследование проводилось: дата _____ в _____ часов,
 в сопровождении _____

Наблюдаемое проявление поведения	Дата			Примечания
<i>Внешний вид</i>				
аккуратность				
неряшливость				
<i>Эмоциональные особенности</i>				
проявления страха*				
Тревожность				
Капризность				
Раздражительность				
Ворчливость				
Некритичность				
Впечатлительность				
колебания настроения				
аффективные проявления*				
обкусывание ногтей, карандаша				
утомляемость				
<i>Коммуникация</i>				
сохранение дистанции				

застенчивость							
приличное, вежливое поведение							
непосредственность							
свободное поведение, без запретов							
склонность к оппозиции*							
повышенная внушаемость							
приветливость							
негативизм*							
не смотрит в глаза							
блуждающий взгляд							
старается играть один							
готовность при высказывании							
провоцирует внимание и одобрение взрослых							
слепот подчиняется правилам							
дурашливость*							
<i>Моторика</i>							
общее двигательное беспокойство (расторможенность)							
заторможенность							
убегание с места							
жестикаляция							
гримасы							
тики*							
гипомимия							
точность движений							
персеверации*							
лёгкость движений							
дрожание верхних конечностей при выполнении действий							

неуклюжесть							
<i>Речь</i>							
начальный мутизм							
дислалия*							
дизартрия*							
заикание*							
скороговорка (тахилалия)							
замедленная речь (брадилалия)							
блокировка речи							
<i>Речевые высказывания</i>							
многозначность							
литературная речь							
вычурная речь*							
неразговорчивость							
хвастливость							
фантастическая всеведолия*							
вульгарные выражения*							
остроты (лёгкого характера)							
отклоняющиеся замечания							
личные воспоминания*							
критические замечания об исследовании							
<i>Вегетативные реакции</i>							
потение верхних конечностей при выполнении действий							
краснение							
слюноотечение							
<i>Особенности выполнения заданий</i>							
нерешительность*							

инициативность					
настойчивость					
безразличие					
игривость					
небрежные действия					
самостоятельность					
запрос помощи у специалиста и взрослых					
интерес к заданиям					
амбициозная позиция*					
завышенная самооценка					
недооценка себя					
сосредоточенность					
явные проявления волевого усилия					
нетерпеливость					
ригидность					
наблюдательность					
вдумчивость					
весёлость*					
<i>Зависимость от члена семьи *</i>					
<i>Прочее</i>					

*Проявление следует описывать более точно, привести обстоятельства, мотивацию, количество.

Психопатологические синдромы в детском и подростковом возрасте
(Б.С.Фролов, В.Э.Пашковский, 2004,2008)

Способности	Возраст				Пубертатный период (12 – 18 лет)
	Младенчество (0 – 1 год)	Раннее детство (1 – 3 года)	Дошкольный возраст (3 – 7 лет)	Школьный возраст (7 – 12 лет)	
Астенические	Отсутствуют	Рудиментарные и атипичные астенические реакции	Рудиментарные и атипичные астенические реакции	Развернутые проявления в виде раздражительной слабости, повышенной истощаемости, вегетативной недостаточности	Синдром эндогенной юношеской астенической не состоятельности
Невропатические	Нарушения ритма и глубины сна, первичные нарушения аппетита, избирательность в пище, срыгивания	Повышенная реакция на внешние раздражители, иногда аффектогенные, судороги, снохождение, ночные страхи, капризность	Не характерны	Не характерны	Не характерны
Навязчивых состояний	Навязчивые тики (с 3 месяцев)	Навязчивые тики. Навязчивые ритуалы умывания, одевания и т. п. (с 2 лет)	Навязчивые тики. Навязчивые ритуалы умывания, одевания и т. п.	Навязчивые действия в сочетании с навязчивыми страхами и опасениями	Развернутые проявления
Ипохондрические	Отсутствуют	Отсутствуют	Псевдоаллические и сенестопатические расстройства, сочетающиеся со сверхценными	Появление ипохондрических переживаний с болезненной фиксацией внимания на со-	Развёрнутый астеиопохондрический синдром

Истерические	Аффект-респираторные приступы (с 6 мес до 3 лет)	Рудиментарные проявления с 1 года (падение навзничь, изгибание дугой, плавающие движения)	страхами ипохондрического содержания	стоянии здоровья	Развернутые истеро-невротические состояния с полиморфной симптоматикой
Деперсонализационно-дереализационные	Отсутствуют	Отсутствуют	Замена собствен-ного «я» иным «я», игровое перевоплощение, утрата осознания собствен-ного пола (на-пример, девочка называет себя мальчиком и требу-ет, чтобы ее назы-вали «Тим Яковле-вич Мебель»)	Рудиментарные проявления. Чаще возникает чувст-венная соматопси-хическая деперсо-нализация с ощу-щением существо-вания рук, ног от-дельно от тела	Развернутые прояв-ления в виде ауто-деперсонализации, соматодеперсонали-зации и дереализа-ции
Депрессивные	Аналитическая депре-ссия. Возникает вслед-ствие плохой заботы о ребенке или пренебре-жении его основными нуждами. Проявляется адинамией, прекраще-нием голосового об-щения, апатией, нару-шением спонтанной активности. Дети вы-	Меланхолическая депрессия. Безуач-стность вялость, бездеятельность, снижение настрое-ния. Рисунк пове-дения характеризу-ется нытьем, дли-тельным плачем, либо имеет стра-дальческое выраже-	Адинамические де-прессии с явления-ми элективного му-тизма, астениче-ские депрессии тревожные депрес-сии, депрессии с дисфорией	Депрессии с депер-сонализационными расстройствами. Депрессии с пере-живаниями скуки, вины, самоосужде-ния.	Депрессии со стра-хом и тревогой (тре-вно-депрессив-ный синдром), де-прессивно-паранои-дальный синдром, депрессивно-ипо-хондрический син-дром, астено-апати-ческая депрессия, делинквентный эк-

	глядят несчастными, страдающими	ние, кожные покровы бледные, с сероватым оттенком				вивалент депрессии.
Маниакальные	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Мании с недоуменностью и кататоническими симптомами с 3 – 5 летнего возраста	Гипоманиакальные состояния, характеризуются длительной эйфорией с грубыми нарушениями поведения и импульсивностью	Развернутые проявления в виде типичной («веселой») мании, параноидальной мании, гневливой мании, спутанной мании, деликвентного эквивалента гипоманиакальных состояний
Тревожные	Страх чужих взрослых и разлуки с близкими (страхи 8-го месяца жизни по R.A. Spitz, 1945)	Сверхценные невротические страхи темноты, одиночества, животных. У детей отмечается особая боязливость, тревожные опасения, чувство отвращения	Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте	Тревожное расстройство детского возраста	Генерализованное тревожное расстройство детского возраста	Развернутые тревожные проявления в рамках неврозов, эндогенных тревожных депрессий, психозов, шизоаффективного психоза
Галлюцинозы	Отсутствуют	Изолированные, одиночные зрительные галлюцинации наблюдаются на 2 – 3 году жизни	Отмечаются зрительные и тактильные галлюцинации, возникающие чаще при засыпании. Они могут усложняться интерпритивным компонентом. Встречается также «галлюцинации воображения», возник-	Отмечаются зрительные и тактильные галлюцинации, возникающие чаще при засыпании. Могут усложняться интерпритивным компонентом. Встречается также «галлюцинации воображения», возник-	Отмечаются зрительные и тактильные галлюцинации, возникающие чаще при засыпании. Могут усложняться интерпритивным компонентом. Встречается также «галлюцинации воображения», возник-	Более частыми и яркими, чем у взрослых, бывают галлюцинации переживания, связанные с нарушением восприятия собственного тела, а также обонятельные галлюцинации

Синдром психического автоматизма (Кандинского - Клерамбо)	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	возникающие непосредственно из образов фантазии.	Одиночные, элементарные зрительные псевдогаллюцинации возникают около 3 – 4 лет	Сновидные псевдогаллюцинации напоминают сновидения и выступают в виде панорамических зрительных образов	какие непосредственно из образов фантазии.	Проявления синдрома Кандинского – Клерамбо у подростков такие же, как и у взрослых
Синдром чувственного бреда	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Не характерен	Не характерен	Не характерен	Не характерен	Возникает в пубертатном возрасте, включает бредовое настроение, аффект тревоги, напряженности, беспокойства, сочетается с сенестопатиями, нарушениями сенсорного синтеза, эпизодическими иллюзиями, галлюцинациями, проявлениями психического автоматизма
Синдром бреда воображения	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Не характерен	Не характерен	В возрасте 7-9 лет бред воображения носит политематический характер. Интерпретативный бред преследования сочетается с конфабляциями в виде феномена воспоминания пережитого	В возрасте 7-9 лет бред воображения носит политематический характер. Интерпретативный бред преследования сочетается с конфабляциями в виде феномена воспоминания пережитого	Наблюдается в структуре шизоаффективного психоза. Отмечается выраженность бредоподобного фантазирования и галлюцинаций воображения

Синдром бредового фантазирования	Отсутствует	Проявляется в виде иррового перевоплощения (рудинентарное проявление деперсонализации). Ребенок переносится в животное, персонаж из сказки, имитируя поведение объекта. Состояние длится от нескольких дней до нескольких недель	В старшем дошкольном и младшем школьном возрасте фантазирование носит образный характер. Характерны визуализированные представления, достигающие высшей степени чувственного компонента	ранее и потом забытого Фантазирование приобретает все более отвлеченный характер. Дети, особенно мальчики, придумывают страшилки, названия городов, названия животных, названия растений, рисуют географические карты, ведут переписку с жителями. Иногда фантазии связаны с военной тематикой. В отличие от фантазий здорового ребенка, целikom погружающегося в мир своих представлений, забрасывает учебу, перестает общаться со сверстниками	Иногда фантазии приобретают садистическое содержание: представляются катастрофы, тонущие и горящие лодки, сцены насилия. Нередки фантазии в форме оговоров и самооговоров. Подруги называют себя членами банды или заявляют, что они контактируют с агентами иностранных разведок
Паранойальные синдромы	Отсутствуют	Отсутствуют	Не характерны	Ипохондрические бредовые идеи с фрагментарной, незавершенной бредовой фабулой	Отмечаются бредовые построения с возрастной спецификой содержания
Параноидные синдромы	Отсутствуют	Отсутствуют	Немотивированные состояния с тре-	Рудименты параноидного бреда с чув-	Параноидный бред, по сравнению со

			возно-боязливым аффектом, напря- женностью, подоз- рительностью, дви- гательным беспео- койством	ством присутствия постороннего со- страхом, тревогой, изменением пове- дения. Встречаются «бред чужих родителей», дисформаманическ ий бред	взрослыми, менее систематизирован, беден логическими построениями. Тес- но связан с наруше- нием чувственного познания, сочетает- ся с психическим авто- матизмом. Своеоб- разным вариантом подросткового па- ранойдного синдро- ма является бред пе- ределки, характери- зующийся пережи- ваниями «перделки в девочку», «в ста- рика» и т. п.
Парафрени- ческие синдромы	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Не характерны	Условно выделяют два варианта пара- френного бреда во- ображения у подро- стков. Первый обу- словливается бредо- вой трансформацией фантазий высокого происхождения, второй — характе- ризуется сочетанием бредовых идей пре- следования, вели- чия, конфабуляций и автоматизмов

Кататонические синдромы	Отдельные кататоноподобные проявления	Состояния бесцельного возбуждения и акинезии	Сочетание моторного возбуждения с идеаторным. Речь характеризуется потоком слов, слогов, невязанных словосочетаний, не связанных между собой по смыслу. Двигательные расстройства выражаются в атетозодобных движениях пальцев рук, прыжках на носках, ползаниях. У детей 3-5 лет и старше наблюдается кататонический симплемоксимплекс с явлениями оцепенения, мышечного напряжения. Кататонический симплемоксимплекс выражен в моторном прерывистом возбуждении, повышенном настраивании с дурашливостью	Как и у взрослых, синдром проявляется в виде возбуждения и ступора. Однако явления ступора кратковременны и постоянно перемежаются с рудиментарными проявлениями возбуждения. При ступоре отмечается изменчивость мышечного тонуса и отсутствие мышечного напряжения, что исключает истинное истинное каталепсию	Развернутые проявления, чаще в виде гебефренного кататонического синдрома
Аментивные синдромы	Отсутствуют	Не характерны	Проявляются кратковременными эпизодами неглубокой	Проявляются кратковременными эпизодами неглубокой	Типичные картины с бессвязностью мышления, двига-

				психической спутанности, недостаточной последовательности и связности психических процессов	психической спутанности, недостаточной последовательности и связности психических процессов	Развернутые проявления делирия с сохранением воспоминаний о болезненных переживаниях
Делириозный синдром	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	В структуре делириозного синдрома наряду со зрительными, отмечаются также и тактильные галлюцинации. Дети испытывают тревогу, прячутся от «волшебников», «медведей», «жуков»	Отмечаются делириозный и делириозно-онирический синдромы. Инфекционный делирий протекает в виде кратковременных эпизодов, повторяющихся в вечернее и ночное время	Развернутые проявления делирия с сохранением воспоминаний о болезненных переживаниях
Онейроидный синдром	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Инициальные онейроидные проявления	Симптомы онейроида фрагментарны, отрывочны. Двигательное беспокойство, растерянность, тревога, эпизодические зрительные иллюзии, ложные узнавания	Развернутые онейроидные проявления. Часто онейроидное помрачение сознания сочетается с кататоническим ступором
Синдромы умственной отсталости	Отставание в психомоторном развитии, замедленное и искаженное становление зрительных и слуховых условных рефлексов, недостаточность эмо-	Замедленное развитие речи, запаздывание появления первых слов, отсутствие фразовой речи, выраженные дефекты произношения, затруднение освоения навыков	Затруднение формирования познавательных интересов. Дети практически не задают вопросов: «Что это?», «Кто это?»	Затруднение формирования познавательных интересов. Дети практически не задают вопросов: «Что это?», «Кто это?»	На первый план отчетливо выступает недостаточность абстрактного мышления, его конкретности, его ситуационный характер. Невоз-	В подростковом возрасте интеллектуальные нарушения осложняются психопатологическими расстройствами, среди которых наи-

	циональных реакций	самообслуживания. Отмечается нарушение игровой деятельности в виде бессодержательного манипулирования предметами	«Почему?», не играют в познавательные игры. Игровая деятельность не носит характер целенаправленности, незавершенности. Эмоции обычно мало дифференцированы	возможность осмыслить услышанное на уроке, отложить главное от второстепенного делать невозможным обучение по программе массовой школы	более характерны следующие типы: аффективно-возбудимый, астенический, неустойчивый, дисфорический и перверсный
Пароксизмальные состояния	Доброкачественные судороги новорожденных (клонические или апноэтические припадки, возникающие на 5-м дне жизни); синдром Уэста (инфантильные спазмы, задержка психо моторного развития, гипсаритмия), в большинстве случаев начинается между 4-7 месяцами жизни; ранняя миоклоническая энцефалопатия (начало на 3-м месяце жизни); ранняя младенческая эпилептическая энцефалопатия с подавлением биолетрической активности на ЭЭГ (синдром Отахара), возникает в первые месяцы жизни	Синдром Леннока — Гасто (припадки тонико-акичные, атонические и абсансы)	Детская абсанэпилепсия (пик проявления в 6-7 лет; эпипсия с миоклоническими абсансами (абсансы с билатеральными ритмическими клоническими подергиваниями); эпипсия с миоклоническ-астатическими припадками: приобретенная афазия с эпипсией (синдром Ландау — Клеффнера)	Доброкачественная детская эпипсия с центральноволновыми пиками (простые парциальные, гемипарциальные моторные припадки с соматосенсорным симптоматикой проявляемое в 9-10 лет	Ювенильная абсанэпилепсия появляющиеся генерализованные тонические клонических судорог до начала абсансов); ювенильная миоклоническая эпипсия
Психоорганические синдромы	Отсутствуют	Незначительная задержка речевого	Возбудимость, импульсивность, на-	Психоорганические синдромы: с нару-	На первый план выступают неврозоп-

	развития, повышенная возбудимость, неустойчивость эмоциональная и вегетативных реакций, поверхностный сон, плохой аппетит	зойливость, отсутствие чувства дистанции, колебания настроения, двигательная расторможенность, слабость активного внимания	шением школьных навыков, с дефицитом эмоционально-волевых свойств личности, апатические и эйфорические	добные и психопатоподобные расстройства
Синдром детского аутизма (синдром Каннера)	Отсутствие «комплекса оживления». Отсутствие встречного движения при взятии на руки, отсутствие реакции на приход и уход матери, иногда негативистические реакции (ребенок пытается оттолкнуть мать рукой), отсутствие глазного контакта. Задержка развития предречевых вокализаций — гуления, лепета, псевдослов, отсутствие интонационной выразительности крика-плача. Задержка появления первой улыбки. Двигательные стереотипии: раскачивание в колыбели, однообразные повороты головы и т. п.	Неспецифические нарушения, связанные с соматовегетативной и инстинктивной недостаточностью: сокращение продолжительности сна, стойкие нарушения аппетита, отсутствие чувства голода, беспричинный плач. Полная индифферентность или появление страха в присутствии детей. Запаздывание появления первых слов и фраз, преобладание эхологических речевых форм Слабое эмоциональное реагирование в процессе общения. Одновременное появление навыков бег и	Отмечается дисгармоничность развития познавательных навыков. По методике Векслера выявляются неравномерность показателей вербальной и интеллектуальной функций. Ниже возрастной нормы общий объем знаний, понимание общественного порядка, способность оперировать числами. Активный запас слов и механическая память нередко выше нормы. Средний уровень невербальных показателей соответствует таковому при олигофрении. Нередко отмечаются	Эволютивная динамика раннего детского аутизма неравномерна. В 3/4 случаев прогноз неблагоприятен и связан с формированием олоподобного дефекта. Стойко сохраняются лишь нарушения общения, приверженность к рутинному образу жизни, эмоциональная индифферентность, У одних под-ростков с возрастом углубляется ограниченность, появля-ся неприязнь к окружающим, склонность проводить время в бездействии или заниматься деятельностью аутистического содер-

Амнестические синдромы	Отсутствуют	Отсутствуют	хольбы. Искажение двигательной активности: ходьба при отсутствии стибания ног, стереотипное перемещение с застываниями, бег на цыпочках, угловатость, неуклюжесть движений	фальштом. Эмоциональные нарушения проявляются в беспокойстве при попытке изменить существующий порядок: расположить предметы по-новому, предложить новый вид пищи (симптом тождества). Игровая деятельность проявляется либо в полном игнорировании игрушек, либо в манипулировании предметами обихода (гайками, ключами и т. п.)	склонность к запоминанию латинских обозначений, различных схем, составлению маршрутов и т. д.	жания (собрание камней, пластинок, сочинение стереотипных текстов). В <i>меншинские</i> случаи нарушения с годами компенсируются: деятельность становится более целенаправленной, удаются игры с двумя, тремя партнерами, подростки усваивают программу массовой школы при индивидуальном педагогическом подходе
				Замедленное запоминание стихов, песен, сказок, затруднение в воспроизведении неоднократно прочитанных рассказов	Дисмнестические нарушения. Проявляются сочетанием ослабления способности к запоминанию с нарушением сохранения и воспроизведения материала памяти. Чаще, чем псевдореминисценции, встречаются конфабляции в связи с интенсивной деятельностью вообще	Развернутый амнестический (корсаковский или корсаковский подобный синдром)

Гейбидный синдром	Отсутствует	Отсутствует	Рудиментарные гебоидные проявления: нелепое упорство, склонность во всем противоречить взрослым, отсутствие жалости	ражения в младшем школьном возрасте	Расторможенность сексуального влечения, цинизм, отсутствие моральных ограничений, агрессивность, стремление к поджогам, уходам и бродяжничеству
-------------------	-------------	-------------	---	-------------------------------------	---

Методическое обеспечение психолога для проведения обследования познавательной и эмоционально-личностной сферы детей дошкольного и младшего школьного возраста

Предлагаемое диагностическое обеспечение представляет собой достаточно небольшой и наиболее эффективный и адекватный комплект апробированных в течение длительного периода методик и тестов, с помощью которого можно оценить параметры состояния когнитивной, мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сфер ребенка, включая его межличностные отношения. В данном Приложении приводится лишь перечисление диагностикумов с возрастным соотношением каждого метода исследования. Краткие описания методик и пояснения приводятся в разделе 3. Детальное описание предлагаемых методов исследования имеется в соответствующей литературе, руководствах по использованию конкретных методик и тестов.

Разделение методического обеспечения на методики для исследования когнитивной сферы и эмоционально-личностной достаточно условно, поскольку в рамках интегративного подхода большинство психологических методик может быть использовано как для тех, так и для других целей.

Каждая методика и тест, входящие в предлагаемый набор, характеризуются следующими показателями:

- 1) имеют длительный срок апробации на достаточной по численности популяции детей в нашей стране, включая детей с различными типами отклоняющегося развития;
- 2) представляют **неизменяемые** в течение длительного периода (некоторые клинические методики - начиная с 30-40-х годов) тестовые изображения, технологии предъявления и обработку, что может говорить о данных методах как о **стандартизированных**;
- 3) практически каждая методика или тест охватывает возрастной диапазон от 3,5-4-х лет до 13-15-летнего возраста, тем самым, реализуя единый методический подход к исследованию какой-либо характеристики психического развития ребенка;
- 4) для каждой используемой методики или теста получены качественные (в некоторых случаях и количественные) условно-нормативные показатели, характеризующие современную популяцию детей;
- 5) авторские методы исследования создавались с учетом особенностей современных детей, в том числе детей с отклоняющимся развитием и также апробированы на достаточном количестве детей (от 500 до 1,5 тысяч);
- 6) практически все предлагаемые методики и тесты обладают полнфункциональностью, то есть способностью оценивать самые различные показатели состояния и характеристик деятельности ребенка, в то же время с преимущественной ориентацией на определенную характеристику той или иной сферы психического развития. Несомненно, что для адекватного и эффективного владения предлагаемым инструментарием необходима специальная подготовка и опыт работы. Отметим также, что рекомендуемый набор диагностикумов нисколько не отрицает возможности использования психологом какого-либо иного инструментария.

Рекомендуемый диагностический инструментарий для исследования особенностей познавательной деятельности
Вкладыши разноцветные стаканчики (коробочки, пирамидки) Комплекты от 3-х до 10-ти разноцветных вкладных элементов используются для детей начиная с 1,5-2-летнего возраста.

Методика «Доски Сегена» (в нашей стране используются доски №1, №3, №4, №5) (для детей от 3-х до 6-7-ми лет.

«Стандартные прогрессивные матрицы Дж. Равена:

— цветной вариант (серии: А, Ав, В);

— черно-белый вариант (серии: А, В, С, D, Е).

(Методика используется для детей и подростков, начиная с пятилетнего возраста.)

Методика «Классификация предметов»:

— серия 1 (для детей 3,5-5 лет);

— серия 2 (для детей 5-8 лет);

— серия 3 (для детей от 8 лет).

Методика Выготского-Сахарова для исследования уровня сформированности понятийного мышления:

— модифицированный вариант для детей 3-7 лет;

— стандартный вариант (для детей старше 8-ми лет).

Методика «Классификация объектов по двум признакам» (методика В.М. Когана):

— вариант (5х5) — для детей 4-7 лет;

— вариант (7х7) — для детей 7-10 лет.

Методики для исследования мнестической деятельности:

— методика «10 слов» (по А.Р. Лурия) (для детей от 7-ми лет);

— методика «Запоминание двух групп слов» (для детей от 4,5 лет);

— методика опосредованного запоминания (методика А.Н. Леонтьева) (для детей 4,5-8 лет);

— методика «Пиктограмма» (для детей от 9-ти лет);

— методики для исследования зрительной (тактильной) памяти.

Методики для исследования характера работоспособности и особенностей внимания:

— методика Пьерона-Рузера (для детей 5,5-9 лет);

— стандартная корректурная проба (буквенная) (для детей, умеющих опознавать буквы, начиная с 7-8-ми лет);

— Счет по Крепелину (модификация Р.Шульте);

— Таблицы Шульте (черно-белые, красно-черные) (для детей с 7-8-ми лет).

Исследование особенностей зрительного гнозиса (Исследование специфики зрительного восприятия традиционно проводится в нейропсихологии детского возраста. Тестовые изображения ведут свое начало от классических исследований А.Р. Лурия и представлены в соответствующих методических пособиях [8,22 и др.])

Тестовые материалы, ориентированные на детей, начиная с 3,5-4-летнего возраста. Буквенный гнозис предъявляется детям, овладевшим началами письма и чтения.

Методика «Разрезные фигуры»

Комплект разрезных картинок (6 серий), с различными усложняющимися составляющими частями (от 2-х до 8-ми частей различной конфигурации) (для детей от 3-х до 7-8-ми лет).

Методика «Кубики Кооса»

Используется, начиная с 3-летнего возраста, верхний диапазон не ограничен, зависит о сложности предъявляемого узора.

Методики для исследования невербального и вербально-логического мышления (Методи-ческий инструментарий должен быть представлен для исследования каждой характеристики речемыслительной деятельности как в вербальном, так и невербальном (в виде изображений) плане. Желательно, чтобы тестовые материалы были доступны для детей от 3,5-летнего возраста (в основном невербальные материалы), от 6-7-летнего возраста - материалы, представленные в вербальном плане):

— установление логических связей и отношений между понятиями (подбор парных аналогий, простые и сложные аналогии);

— исследование сформированности обобщающих операций (выделение существенных признаков, исключение понятий, исключение предметов — «4-й лишний»);

— понимание переносного смысла метафор, поворорок, коротких рассказов со скрытым смыслом, понимание прочитанных текстов, сюжетных картин, составление рассказа по последовательному ряду картинок, объединенных единым сюжетом (серии из 3-х, 4-х, 5-ти, 6-ти картинок).

Методики для исследования сформированности пространственных и квазипространственных представлений (Традиционно рассматриваемое в контексте нейропсихологического и логопедического исследования нами выделяется в самостоятельное исследование, необходимое для оценки сформированности пространственных представлений как одной из базовых составляющих психического развития. Комплект тестовых материалов этого раздела представлен в [8]):

Исследование пространственных и квазипространственных (лингвистических) представлений проводится в логике их формирования в онтогенезе и ориентировано на детей от 2,5 до 7-8-ми лет.

Рекомендуемый диагностический инструментарий для исследования особенностей эмоционально-личностной сферы, межличностных отношений ребенка

Методика рисуночной фрустрации С. Розенцвейга Модифицированный вариант для детей от 4 до 14-ти лет.
Детский личностный вопросник Р.Кеттела (CPO) Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника для детей 8-12 лет.

Методика СОМОР

Методика субъективной оценки межличностных отношений (СОМОР) (для детей 3,5-12-ти лет).

Детский апперцептивный тест (САТ.) Вариант для детей от 3 до 10 лет.

Методика «Контурный (САТ. — Н) Модифицированный вариант для детей 3—10 лет.

Рисованный апперцептивный тест (РАТ) Используется для детей предпуберткового возраста (10-14-ти лет).

Методика «Рука»:

— модифицированный вариант теста «Рука» Э.Вagnera для детей **4,5-11-ти лет**;

— вариант для детей от 12 лет (изд. «Имагон»),

Методика «Метаморфозы»

Модификация теста «Метаморфоз» Ж. Руайер для детей от 4,5-летнего возраста. Верхний предел не ограничен.

Методика «Эмоциональные лица»

Авторская методика исследования собственной эмоциональной регуляции и оценки эмоций других. Ориентирована на детей 3-12 лет.

Карта наблюдений за поведением ребенка

Дает возможность оценить сформированность уровневой системы аффективной регуляции как одной из базовых составляющих психического развития. Ориентирована на детей 1,5-12 лет.

Рисуночные проективные тесты

Предполагается возможность проведения психологом-практиком интерпретации различных рисуночных тестов, включая «Пиктограммы», «Дом-Дерево-Человек», «Несуществующее животное», «Рисунок своей семьи», «Кинетический рисунок семьи» и т.п. Как проективные тесты могут быть использованы только в условиях сформированной графической деятельности ребенка.

Цветовой тест отношений (ЦТО)

Модификация 8-цветового теста М. Люшера — цветовой тест отношений (ЦТО) для оценки эмоционального отношения к себе и значимым лицам. В комплексе с методикой СОМОР может быть использован для проведения социометрических исследований в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, детских домах. Используется для детей, начиная с 4,5-5-летнего возраста.

Схема нейропсихологической диагностики и коррекции при нарушениях развития высших психических функций
(приводится без указания конкретных игр и упражнений стимульного материала)
(по материалам И.А.Скворцова, Г.А.Адашинской, И.В.Нефедова, 2000)

1.Кинестетический праксис

Описание диагностических проб	
Функции	Проба
Выполнение по зрительному образцу	Ребенку предлагается воспроизводить заданные положения пальцев руки
	Соединить I и II пальцы в кольцо
	Пальцы сжаты в кулак, II и III пальцы вытянуты
	Пальцы сжаты в кулак, II и V пальцы вытянуты
	То же левой рукой
Выполнение по тактильному образцу	Глаза ребенка закрыты. Психолог придает руке ребенка определенную позу, ребенок должен воспроизвести позу той же рукой
	Пальцы сжаты в кулак, II и III пальцы вытянуты
	Пальцы сжаты в кулак, II и V пальцы вытянуты
	То же левой рукой
	Глаза ребенка закрыты. Психолог придает руке ребенка определенную позу, ребенок должен воспроизвести позу другой рукой
Перенос поз	Пальцы сжаты в кулак, II и III пальцы вытянуты
	Пальцы сжаты в кулак, II и V пальцы вытянуты
	То же левой рукой

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Не может найти нужный набор движений, перебирает пальцы, помогает другой рукой, движения диффузные, кроме нужных пальцев выделяет и другие	Нарушение кинестетической основы движений	Ежедневные игры и упражнения по развитию мелкой моторики
Не правильно располагает руки в пространстве, позы воспроизводит зеркально. Воспроизводит позу только правого пальца (указательного), левый игнорирует	Нарушение зрительно-пространственной организации движений, Односторонняя пространственная агнозия	Научить ориентироваться в собственном теле и осваивать такие понятия как «слева» от меня, «справа», «сверху», «снизу», «вперед», «сзади».
С трудом переключается на новую позу, повторяет одно из предыдущих движений. Не может воспроизвести заданную позу	Инертность движений	Игры и упражнения, требующие быстрого переключения с одной позы на другую
Не может воспроизвести позу, заданную на другой руке. Справа-налево, слева-направо. Билатеральные нарушения переноса поз с одной руки на другую	Нарушение кинестетической основы движений, Нарушение межполушарного взаимодействия	Игры и упражнения по развитию крупной и мелкой моторики вместе
Не может воспроизвести позу, заданную на другой руке. Справа-налево, слева-направо	Нарушение кинестетической основы движений. Нарушение межполушарного взаимодействия	Игры и упражнения по развитию крупной и мелкой моторики вместе

2. Пространственный праксис

Описание диагностических проб	
Функции	Проба
Пространственный праксис	Ребенок сидит напротив психолога, Психолог придает определенное пространственное положение своей руке, ребенок должен воспроизвести его той же рукой.
	«Голосование» - рука согнута в локте и поднята вверх
	Рука горизонтально перед грудью ладонью вниз
	Большой палец под подбородком, ладонью сагитально, пальцами вперед
	Ладонь горизонтально к подбородку, пальцами к себе
	Ладонь горизонтально от подбородка, пальцами от себя
	Левая рука касается правого уха
	Правая рука касается левого глаза

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Не может воспроизвести пространственное расположение руки, путает левую и правую стороны	Нарушение зрительно-пространственной организации движений	Игры и упражнения, связанные с пространственными координатами, конструирование по образцу
Не может найти заданную часть лица или тела	Нарушение схемы тела	Научить ориентироваться в собственном теле и осваивать такие понятия как «слева» от меня, «справа», «сверху», «снизу», «вперед», «сзади», ориентироваться по картам-схемам
Импульсивно, эхопраклично воспроизводит заданные пробы, не стремится к коррекции указанных ошибок	Нарушение произвольной регуляции движений	Конструирование по наглядному образцу, словесное описание, по замыслу с определением этапности выполнения задания, сравнением результата с образцом и коррекцией ошибок

3. Динамический праксис

Описание диагностических проб	
Функции	Проба
Смена трех положений кисти	Ребенку предлагается последовательно придавать своей руке положения кулака, распрямленной кисти, расположенной ребром, и ладони, ударяющей по столу ладьями
	Задание выполняется правой рукой
	Задание выполняется левой рукой
Выполнение графических проб	Ребенку предлагается рисовать заданный узор правой рукой в течение 20 сек. (три раза).
Рецепроконная координация	Ребенку предлагается положить перед собой руки, одна из которых сжата в кулак, а другая распрямлена. Затем он должен одновременно изменить положения обеих рук, расправляя одну и сжимая другую

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Не может плавно переходить от одного движения к другому, движения разорваны, изолированы друг от друга. С трудом переключается с одного движения на другое, персеверировать прежние движения	Нарушение динамической организации движений. Инертность движений	Игры и упражнения, направленные на реципроконную координацию с прототипическими действиями, совершаемыми пальцами, ладонями, руками.
Неправильно воспроизводит пространственное направление движений, замена правой руки на левую, ошибки пространственного положения рук. Путанность левой и правой стороны.	Нарушение пространственной организации движений. Нарушение пространственного гнозиса	Игры и упражнения, направленные на формирование у ребенка пространственного представления «вверх», «вниз», «справа», «слева» с целью развития правильных движений и их правильной ориентации в пространстве
Не может одновременно изменять положение	Нарушение реципроконной организации	Кроме физических игр и упражнений, направ-

обеих рук, движение каждой руки производит изолированно, уподобляет движения обеих рук.	движений.	ленных на реципрокную координацию, необходимых графические упражнения (прописи, обведение контуров и др.)
При выполнении движений отстает одна рука	Дезавтоматизация	Игры и упражнения, направленные на одновременные действия двумя руками, постепенное ускорение темп.
Воспроизводит движения только правой рукой, игнорируя левую руку	Игнорирование левой руки	Игры и упражнения выполняются левой рукой, а правая должна быть занята.

4. Слухотворная координация

Описание диагностических проб		
Функции	Проба	
Оценка ритмов Воспроизведение ритмов по слуховому образцу	Одиночные «пачки» (II и III)	
	Серии «пачек» (II II или III III III)	
	Психолог выстукивает ритм, ребенку предлагается повторить его	
	Простые ритмы: II II II	
	II III III	
	II II II	
Воспроизведение ритмов по инструкции	Акцентированные ритмы: II III II III II III	
	III II III II III II	
	Ребенку предлагается выполнять ритмы по речевой инструкции: Стучать «по 2 раза», «по 3 раза»	
	Стучать по 2 раза сильно, и по 3 раза слабо	

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Не может определить количество ударов, сказать одинаковыми или различными явятся два предъявляемых друг за другом ритмов. Не может воспроизвести ритмы по заданному образцу, не улавливает структуру ритма.	Нарушение слухового восприятия	Игры и упражнения, направленные на различение различных звуков речевых и не речевых без визуального контроля.
Делает лишние удары, затрудняется при переходе от одного ритма к другому, персеверрует прежний ритм.	Инертность движений	Ритмичные игры и упражнения на скорость реакции, прослушивание ритмичных звуков.
Забывает заданный ритм, теряет структуру ритма в ходе его выполнения. Не может выполнить ритмы по инструкции, но воспроизводит их по образцу	Слабость акустических следов. Нарушение произвольной регуляции движений.	Ритмичные игры и упражнения на запоминание

5. Стереогноз

Описание диагностических проб	
Функции	Проба
Стереогноз	Глаза ребенка закрыты, Психолог вкладывает предмет в его руку. Ребенок должен на ощупь узнать его (используются хорошо знакомые предметы: по 3 в каждую руку: расческа, ключ, булавка)
	Ощупывание предметов правой рукой
	Ощупывание предметов левой рукой

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Не узнает осяпываемый предмет в правой или левой руках, или совместно	Нарушение сенситивного гнозиса (синтеза отдельных признаков предмета в единое целое)	Игры и упражнения с предметами различными по форме, величине, объему с обязательным протовариванием их характеристики и текстуры
Узнает осяпываемый предмет, но не может назвать его, при сохранности правильного описания свойств предмета	Амнестическая афазия	Игры и упражнения с различными предметами сначала с совместным описанием его свойств, затем самостоятельно. Сначала с визуальным контролем, затем с закрытыми глазами
Не может назвать объекты, осяпываемые левой рукой	Тактильная аномия	Игры и упражнения с различными предметами с участием обеих рук. Сначала опознание предмета проводится правой рукой с описанием его свойств и визуальным контролем, затем с закрытыми глазами. Затем то же самое – левой.

6. Зрительный гнозис

Описание диагностических проб	
Функции	Проба
Зрительный гнозис	Ребенку предлагаются различные предметные изображения, которые он должен узнать (несколько изображений на одном листе)
	Реалистические изображения
	Схематические изображения

	Наложенные изображения
	Ребенку предьявляется сюжетная картинка и предлагается рассказать. Что на ней изображено
	Ребенка просят показать называемый объект (используются те же картинки, что и при исследовании зрительного гнозиса)

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Не узнает изображения	Нарушение зрительного восприятия	Игры и упражнения, направленные на произвольную фиксацию взгляда и слежения сначала на неподвижные предметы, затем на движущиеся с учетом их существенных признаков: цвета, формы, размера и др.
Не может называть изображения, забывает названия предметов	Амнестическая афазия	Игры и упражнения, направленные на укрепление связи между зрительным восприятием предмета (объекта) и запоминанием его названия, т.е. на развитие памяти (узнавание объектов и заучивание его названия).
Не называет объектов, расположенных слева, игнорирует левую сторону	Односторонняя пространственная агнозия	Специальные упражнения и игры по развитию движений глазных яблок, укреплению мышц глаза и расширения полей зрения.
Называет предметы в обратной последовательности, справа-налево	Зеркальность восприятия	Игры и упражнения, направленные на устойчивую ориентировку в схеме тела, а также представления о понятиях «слева», «справа», «вверху», «внизу», «сзади», «спереди», «сбоку», «между».

Не может воспринять всю изображенную ситуацию, упускает фрагменты, элементы, не может соединить все в целое.	Фрагментарность восприятия	Игры и упражнения, направленные на формирование подражанию действиям с предметами (сначала с прототипированием), соотносить объемное и плоскостное пространства.
Дает импульсивные оценки, называет объект по отдельной детали, не стремится к коррекции указанных ошибок.	Инактивность восприятия	Игры и упражнения, направленные на повышение общей активности ребенка. Поэтапно знакомит с предназначением предмета, его свойствами и качествами
Не может определить пол и возраст персонажей на картинке	Нарушение лицевого гнозиса	Игры и упражнения, направленные на восприятие сначала отдельных частей собственного лица, за тем в целом, то же с другими персонажами.
Не понимает смысла картины (при отсутствии гностических расстройств)	Нарушение мышления	Игры и упражнения, направленные на последовательные умозаключения, понимания последовательности событий и действий.

7. Речь

Описание диагностических проб		
Функции	Проба	
Сенсорная функция речи	Ребенка просят показать называемый объект (используются те же картинки, что и при исследовании зрительного гнозиса)	
	Ребенка просят повторить звуки: «у, б, л, д, т».	
	Ребенка просят повторить слоги: «ба-па», «да-та», «би-ба-бо».	
	Ребенка просят повторить слова: « дочка, точка, кадр, кораблекрушение».	
Номинативная функция речи	Ребенка просят повторить фразу «В саду за высоким забором росла яблоня»	
	Реалистические изображения	

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Не понимает инструкций, не может показать называемый объект, не дифференцирует близкий фонемы (б-п, г-к, т-д и др.)	Нарушение фонематического слуха. Трудности понимания устной речи, трудности письма под диктовку (сенсорная афазия)	Игры и упражнения, направленные на активацию положительных эмоций, развитие фонематического восприятия с опорой на сохраненные анализаторы, произношению слов сходных по звучанию, но разных по смыслу, воспитание навыков слухового контроля над собственной речью и речью окружающих.
Трудности в дифференциации близких артикуляторов (артикуляционных движений, необходимых для произнесения слова), в произнесении отдельных слов (поиск нужных артикуляций), путает близкие по произношению звуки (л-н-д, б-м и др.)	Кинестетическая (эфферентная) афазия	Игры и упражнения, направленные на отработку артикуляционных движений, произношению слов разной длины, формированию навыков звукового анализа слова, восстановление и формирование отсутствующих звуков (с учетом акустической, артикуляторной и графической их характеристики и на развитие ситуативной речи.
Не может переклониться с одной артикуляции на другую, застревают на отдельных звуках, персеверировать их. Трудности переклонения с одного слова (слога) на другое. Первично страдает активная устная речь и письмо.	Кинетическая (эфферентная) афазия	Игры и упражнения, направленные на стимулирование активной побудительной стороны речи, активацию лексического запаса (от плавного произнесения слова, затем предложения и др.)
Не понимает грамматических конструкций, неправильно употребляет падежи, предлоги	Нарушение грамматического строя речи. Семантическая афазия	Игры и упражнения, направленные на формирование правильного употребления предлогов, падежей, местоимений, выработку умений согласовывать прилагательные, числительные с существительными (в том числе, с уменьшительным, ласкательным значением), употребление предлогов, характеризующих пространственное расположение предметов относительно друг друга, сравнительные отношения и др.

8. Слухо-речевая память

Описание диагностических проб	
Функции	Проба
Запоминание 2-х групп по три слова	Ребенку предлагается повторить слова: холод, цветок, книга. После этого предъявляется вторая группа слов: слон, вода, пол. Ребенка просят повторить первую группу слов, затем – вторую группу слов.
Запоминание 5 слов	Если ребенок не воспроизводит слова правильно, процедура повторяется снова (не более 5-и раз). Ребенку предъявляют слова: дом, кот, лес, ночь, звон. Ребенок должен воспроизвести слова в заданном порядке . Если ребенок не воспроизводит слова правильно, процедура повторяется снова (не более 5-и раз).
Воспроизведение после интерференции	Ребенка просят припомнить две группы слов, затем – опять 5 слов, которые он только что воспроизвел.
Повторение рассказа	Ребенку предъявляют короткий рассказ, затем просят передать его содержание.

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Не может удерживать в памяти серию из 3-х слов, искажает слова	Акустико-мнестическая афазия	Игры и упражнения, направленные на развитие зрительной памяти, умения прогнозировать и планировать воспринимаемую речь с опорой на зрительные стимулы, формирование представлений о качествах предметов или действий с этими предметами, соотношения предметов с категориями, к которым он относится (классификации)

Не может припомнить слова одной группы после воспроизведения другой, заменяет и теряет слова. Стереотипно повторяет одни и те же слова. При интерференции воспроизводит меньшее число слов по сравнению с непосредственным воспроизведением	Тормозимость следов. Инертность речевых следов	Игры и упражнения, направленные на формирование произвольности, включения мотивационного компонента на запоминание.
Соскальзывает на побочные ассоциации, вставляет новые слова	Нарушение избирательности мнестической деятельности	Игры и упражнения, направленные на развитие произвольной памяти
Не может воспроизвести 5 слов. Повторные предъявления не улучшают результатов. Постепенно заучивает слова, повторные предъявления воспроизводит полностью	Сужение объема памяти, Замедленность запоминания	Разучивание стихов, пересказ текстов по навоящим вопросам, с опорой на сюжетную картинку.
Не может запомнить заданную последовательность стимулов, переставляет слова	Нарушение порядка элементов	Игры и упражнения, направленные на развитие памяти с опорой на зрительные «вешки»
Передаёт содержание, но не понимает смысла рассказа	Нарушение мышления	Игры и упражнения, направленные на развитие простых причинно-следственных связей.

9. Рисунок

Описание диагностических проб	
Функции	Проба
Самостоятельный	Ребенку предлагается нарисовать домик, человечка
Срисовывание образа	Ребенку предлагается срисовать домик (образец прилагается) правой рукой
	То же левой рукой

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Не может выполнить простой рисунок, не воспроизводит существенных деталей объекта	Нарушение конструктивной деятельности	Игры и упражнения, направленные на обучение конструированию, сначала по подражанию, затем по образцу, затем по памяти, с учетом пространственных представлений
НЕ может воспроизвести пространственное расположение элементов, соотношения целого и частей	Нарушение пространственного восприятия	Игры и упражнения, направленные на развитие представлений о схеме тела, ориентировки его в пространстве, восприятие формы, создание из частей целого с опорой на совершенствование мелкой моторики и логико-грамматических представлений о соотношении предметов в пространстве.
Располагает рисунок в правой половине листа, опускает детали слева, искажает левые фрагменты	Односторонняя пространственная агнозия	Игры и упражнения, направленные на развитие мелкой моторики, распознавания предмета на ощупь сначала правой рукой, затем левой, расширение левого поля зрения
С трудом перекладывается с одного движения на другое, многократно обводит одни и те же элементы	Инертность движений	Игры и упражнения, направленные на развитие манипулятивной ручной умелости

10. Зрительная память

Описание диагностических проб	
Функции	Проба
Запоминание невербальных стимулов	Ребенку предлагается срисовать 5 фигур, после чего образец убирается и ребенок должен воспроизвести его по памяти. При невозможности воспроизведения образец показывается вторично, но не более 5 раз.

Запоминание вербальных стимулов	Ребенка просят скопировать 5 букв: Е, Г, З, К, У, а затем воспроизвести их по памяти. При невозможности воспроизведения образец показывается вторично, но не более 5 раз, Задание выполняется левой рукой.
Воспроизведение после интерференции	Ребенка просят письменно воспроизвести все фигуры, а потом все буквы, которые ему предъявлялись для запоминания

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Не может воспроизвести заданный объем стимулов. Повторные предъявления не улучшают результаты. Постепенно заучивает стимулы. Повторные предъявления воспроизводит полностью	Сужение объема памяти. Замедленность запоминания	Игры и упражнения, направленные на формирование и развитие зрительной памяти с опорой на сохраненные формы памяти слуховую, тактильную, моторную
Не может воспроизвести заданную последовательность стимулов, путает их порядок	Нарушение порядка элементов	Игры и упражнения, направленные на формирование и развитие последовательности воспроизведения информации
Не правильно воспроизводит пространственную конфигурацию	Нарушение пространственного восприятия	Игры и упражнения, направленные на запоминание объектов, правильной оценки их соотношений, размеров, объемов, расстояния между ними
Стереотипно воспроизводит одни и те же стимулы, повторяет одни и те же ошибки	Инертность двигательных стереотипов	Игры и упражнения, направленные на формирование и развитие зрительно-моторной памяти с особым вниманием к мелкой моторике.
После интерференции воспроизводит меньшее число элементов по сравнению с непосредственным воспроизведением	Тормозимость следов	Игры и упражнения, направленные на запоминание, при наличии отвлекающих компонентов

11. Чтение

Описание диагностических проб		
Функции	Проба	
Чтение	Ребенка просят назвать все буквы, прочесть отдельные слова и короткие фразы	

Диагностика		
Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Неправильно называет буквы, не может читать	Алексия	Игры и упражнения, направленные на развитие фонематического слуха, звукопроизношения, навыков звукового анализа и синтеза, грамматических навыков, устной речи
Читает в обратном направлении (право-левым), не дифференцирует правильные и зеркально написанные буквы слова	Зеркальное чтение	Игры и упражнения, направленные на правильное представление о схеме тела, через выполнение движений при зеркальной их демонстрации
Пропускает слова, расположенные слева, читает правую половину слов, текста	Односторонняя пространственная агнозия	Игры и упражнения, направленные на развитие глазовидительных мышц, увеличение поля зрения

12. Письмо

Описание диагностических проб	
Функции	Проба
Письмо	Ребенка просят написать правой рукой слова: дом, окно, халат.
	Списать правой рукой «Я хочу домой»
	Ребенка просят написать левой рукой слова под диктовку: кровать, луч.
	Списать левой рукой слова: ток, нос.
	Написать в максимально быстром темпе цифры от 1 до 10 правой рукой
То же левой рукой	

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Пропускает буквы, смешивает буквы близкие по фонетическим свойствам (б-п, г-к и др.)	Нарушение сенсорной функции речи	Игры и упражнения, направленные на развитие фонематического слуха, умения составлять схему слова, сначала с опорой на наглядный материал
Замениет буквы по артикуляторному типу (д-л, б-м и др.)	Нарушение кинестетической основы речи	Игры и упражнения, направленные на развитие правильных артикуляционных движений
Теряет порядок нужных букв, переставляет буквы в сочетаниях согласных	Нарушение кинетической структуры речи	Игры и упражнения произнесение трудных словосочетаний, письмо с опорой на наглядный материал
Элементы букв изображает в неадекватных пространственных соотношениях, искажает форму буквы	Аграфия	Игры и упражнения, направленные на развитие мелкой моторики рук, пространственного восприятия

Пишет в обратном направлении, зеркально изображает буквы, слова, цифры	Зеркальное письмо	Игры и упражнения, направленные на развитие пространственной ориентировки, чувства схемы тела
Делает лишние штрихи, перевертывает написанные буквы, слова, фразы	Инертность элементов двигательных стереотипов	Игры и упражнения, направленные на развитие плавности произнесения слова, звука, с одновременной попыткой его написать (написывать)

13. Счет

Описание диагностических проб	
Функции	Проба
Счет	Ребенку предлагается ответить, сколько будет 3+4, 7+5, 8+3, 11-4, 18:6, 5x3

Диагностика

Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции
Не может выполнить простые счетные операции	Акалькулия	Игры и упражнения моторики, формирование временных и пространственных представлений. Счет с опорой на наглядный материал
Затрудняется при переходе через десяток, делает пространственные ошибки	Нарушение пространственных представлений	Игры и упражнения на формирование пространственных и временных представлений с опорой на наглядный материал
Не может переключиться с одних чисел на другие, повторяет одни и те же ошибки	Инертность речевых следов	Игры и упражнения на произнесение последовательного счета чисел вслух и последовательное их письмо

14. Задачи

Описание диагностических проб			
Функции	Проба		
Задачи	Ребёнка просят решить задачу: «У Пети 2 яблока, у Маши – 6, Сколько яблок у обоих?»		
	Ребёнка просят решить задачу: «У Кати 4 игрушки, у Сони – на 2 больше. Сколько игрушек у обеих девочек?»		
Диагностика			
Феноменология нарушений	Возможные причины	Основные рекомендации по коррекции	
Не удерживает условие задачи, забывает, заменяет числа	Мнестический дефект	Игры и упражнения, направленные на развитие памяти и внимания	
Не может выполнить простые счетные операции	Акалькулия	Игры и упражнения, направленные на развитие мелкой моторики, формирование пространственных и временных представлений, запоминание последовательности чисел.	
Не понимает, не усваивает способ решения задач	Нарушение мышления	Игры и упражнения, направленные на развитие восприятия, памяти, внимания.	

Классификация НПС, основанная на топическом принципе поражения
(по материалам Е. Д. Хомской, Н. К. Корсаковой, Л. И. Москвичуе)
(для подростков)

НПС поражения передних отделов коры больших полушарий головного мозга	
Зона поражения	Основные проявления
НПС поражения Премоторных (заднелобных) отделов коры	Нарушения последовательного развертывания движений во времени. Верхние премоторные отделы – кинетическая апраксия, инертность, двигательное невниманье, снижение нейродинамики всех ВПФ. Нижние премоторные отделы – моторная эфферентная афазия.
НПС поражения префронтальной латеральной области коры	Общие нарушения произвольной регуляции поведения, эмоционально-личностной и мотивационной сфер, регуляторная апраксия. Нарушение всех видов познавательной деятельности: гностической, мнестической, мнестической, интеллектуальной. Характерно «полевое поведение» ригидность, трудности переключения с одного вида деятельности на другой (лобный синдром)
НПС поражения префронтальной медиобазальной области коры	Снижение уровня бодрствования, быстрая истощаемость, колебания общего функционального состояния, аффективные пароксизмы, снижение критики, модально неспецифические внимания и памяти, нарушение избирательности психических процессов.
НПС поражения глубоких отделов лобных долей мозга	Грубое нарушение целенаправленного поведения (целесолагания, программирования и контроля), замена деятельности пересервациями и стереотипиями, в том числе, насильственными. Резкое снижение энергетического обеспечения работ мозга в целом.
НПС поражения гипоталамической области мозга	Амнестический синдром неспецифического характера на фоне сниженного уровня активности.
НПС поражения мозолистого тела	Синдром «расщепленного мозга»: аномия – игнорирование стимулов, поступающих в правое полушарие; дископия-дисграфия – недоступность письма левой рукой и способности срисовывать правой.

НПС поражения задних отделов коры больших полушарий головного мозга	
НПС поражения затылочных и теменно-затылочных отделов коры	Расстройства гностических, мнестических, двигательных и речевых функций вследствие нарушения зрительного и зрительно-пространственного факторов (все виды зрительных агнозий, пространственная апраксия, оптическая алексия).
НПС поражения теменной области	Расстройства гностических, мнестических и речевых функций вследствие нарушения тактильных симультанных синтезов. Нижнетеменной синдром: тактильные агнозии, астериотноз, пальцевая и тактильная агнозии. Верхнетеменной синдром: соматоагнозия, тактильное невнимание, кинестетическая и оральная апраксия, афферентная моторная афазия.
НПС поражения зоны ТРО	Нарушение пространственных и «квазипространственных» анализа и синтеза, что приводит к расстройствам в зрительной, двигательной и слуховой сферах, интеллектуальным и речевым нарушениям (конструктивная апраксия, семантическая афазия, первичная акалькулия).
НПС поражения латеральных отделов височной области	При поражении левого полушария – акустико-мнестическая афазия. Правого полушария – слуховая агнозия, аритмия, амузия, нарушение просодической стороны речи.
НПС поражения медиобазальных отделов височной области	Расстройства регуляции уровня бодрствования, модально-неспецифической памяти, эмоциональной сферы (расстройства базальных эмоций в виде аффективных пароксизмов) и сознания (отлушенность, спутанность).

Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития у детей
(по А. В. Семенович, 2002)

Синдромы функциональной несформированности	
Зоны мозга	Основные проявления
Префронтальных (лобных) отделов	Быстрая утомляемость и отвлекаемость, стремление к упрощению программы деятельности, недостаточность контроля над собственным поведением и др.
Левой височной области	Трудность речевого звукоразличения и как следствие, понимание речи и др.
Межполушарного взаимодействия	Тенденция к игнорированию левой половины пространства, несформированность реципрокной координации рук, фонематического слуха и др.
Правого полушария	Недостаточность пространственных представлений, нарушение порядка воспроизведения слухоречевых и зрительных эталонов и др.
Синдромы функциональной дефицитарности	
Подкорковых образований	Эмоциональная лабильность, пресыщаемость, истощаемость, ригидность психических процессов, неустойчивость внимания, вычурность, гримасничанье, неконтролируемый смех и др.
Стволовых образований мозга (дисгенетический синдром)	Наличие разнообразных дизэмбриогенетических стигм: лицевых асимметрий, неправильного роста зубов, различного рода дистоний. Нейродинамические и эмоциональные отклонения, характерны для несформированности как правого, так и левого полушарий и др.
Атипия психического развития	Задержки речевого развития, трудности в овладении письмом, чтением. Динамические трудности в речи, памяти, движениях, нарушение пространственно- временной системы координат и др.

Заключение по результатам клинико-психологического обследования

(первичное)

Ф.И.О. ребенка _____

Возраст _____

Запрос специалистов / родителей _____

Внешний вид и поведение в ситуации обследования _____

Краткие результаты сбора анамнеза (особенности семьи и развития до момента обследования) _____

Контактность (вербальные и невербальные средства коммуникации, их гармоничность) _____

Изменение эмоциональных, поведенческих и когнитивных реакций в течение обследования _____

Общая характеристика когнитивной сферы _____

Общая характеристика личностной сферы _____

Общая характеристика эмоционального профиля _____

Характеристика актуального эмоционального состояния _____

Предполагаемый тип ВКБ _____

Наличие маркеров психосоматических расстройств _____

Вывод _____

Рекомендации к дополнительному обследованию (в том числе и с участием других специалистов) _____

Рекомендации к проведению коррекционных и психотерапевтических мероприятий (в том числе и с участием других специалистов) _____

Дата _____

Подпись психолога _____

Лист регистрации коррекционной и психотерапевтической работы занятий

Ф.И.О. ребенка _____ Возраст _____

Дата начала занятий _____

Специалист по коррекционной работе _____

(ФИО разборчиво, специальность, должность)

Краткий план коррекционной работы _____

Форма занятий (групповая /индивидуальная) _____

Динамика состояния ребенка в процессе работы:

1 занятие « _____ » _____ г.

2 занятие « _____ » _____ г.

3 занятие « _____ » _____ г.

4 занятие « _____ » _____ г.

Изменение плана коррекционной и психотерапевтической работы (изменение содержания, формы, психотерапевтических методов) _____

Результативность коррекционной работы (в соответствии со статусом ребенка на момент окончания занятий).

Рекомендации по дальнейшей работе: _____

Дата _____ Подпись специалиста _____

ФИЛАТОВА Ирина Александровна
МАРШАЛКИН Александр Павлович
ИЦКОВИЧ Марк Матусович
ХЛЫСТОВА Елена Викторовна

Научное издание

**Методические рекомендации по медико-
психологическому изучению детей с ограниченными
возможностями здоровья в условиях оказания
амбулаторно-поликлинической помощи**

Оригинал-макет Н. С.Исаковой
Подписано в печать 25.03.2017. Формат 60X84 1/16
Бумага для множ. аппаратов. Гарнитура Times New Roman
Печать на ризографе. Усл. печ. л. 8,5
Тираж 500 экз. Заказ 29/01-1.

Отпечатано в типографии ООО Издательский Дом «Ажур».
620075, Екатеринбург, ул. Восточная, 54, тел. (343) 350-78-28.
E-mail: azhur.ek@mail.ru, [http: //www.ajur.ur.ru](http://www.ajur.ur.ru)